Rok IV Seria II | Kraków | Nr 20 (15. X. 1948)

PRZEGLĄD LEKARSKI

DWUTYGODNIK

Organ Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, Wrocławskiego Towarzystwa Lekarskiego, Izby Lekarskiej w Krakowie, Związku Lekarzy P. P., Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia. Organ publikacyjny Związku Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych.

Redakcja i Administracja:
Kraków, Krupnicza 11a
Tel. 586-69
Konto P. K. O. Nr IV-310

Prenumerata kwartalna: 600 zł.

Wydawca: Krakowskie Towarzystwo Lekarskie

Redaktor odpowiedzialny: dr B. Gięd osz

TREŚĆ:

CONTENTS:

OD REDAKCJI

Z regulaminu ogłaszania prac w P. L.

1. Redakcja przyjmuje do druku artykuły oryginalne, sprawozdania poglądowe, artykuły z zakresu medycyny społecznej, zapobiegawczej itp.
2. Pierwszeństwo mają prace o charakterze praktycznym, uwzględniające potrzeby lekarza-praktyka.
3. Rozmiar prac nie może przekraczać 14 stron maszynopisu. Nadwyżkę opłaca autor.
4. Praca winna zawierać: imię i nazwisko oraz tytuł naukowy autora, tytuł krótko i zwięźle ułożony, nazwę zakładu, z którego pochodzi oraz imię i nawisko kierownika tego zakładu. Prace pochodzące z odpowiednich zakładów powinny zawierać pisemną zgodę na drukowanie pracy, tj. podpis np. dyrektora kliniki, ordynatora oddziału itd.
5. Nie przyjmuje się do druku prac poprzednio już gdzie indziej drukowanych.
6. Prace powinny być pisane na maszynie, starannie, z podwójnym odstępem między wierszami i obszernym marginesem.
7. Klisze, wykresy, tablice umieszcza się na koszt autora, przy czym ogranicza się wszelki materiał ilustracyjny do istotnych potrzeb dla zrozumienia tekstu.
8. W piśmiennictwie należy uwzględniać tylko najistotniejsze dane, a w każdym razie unikać przytaczania źródeł nie mających nic bliższego z pracą.
9. Do prac muszą być dołączone streszczenia, w języku angielskim lub francuskim, w objętości 30—40 wierszy maszynopisu.
10. Autorzy otrzymują bez względu na liczbę współautorów 15 odbitek swych prac bezpłatnie. Zamawianą nadwyżkę — wymagany tu dopisek na maszynopisie — opłacają autorzy. Celem sprawnego przesyłania odbitek prosimy o podawanie dokładnych adresów.
11. Nadsyłane artykuły umieszcza się w kolejności ich zgłoszenia. Wyjątek stanowią krótkie a szczególnie ważne, drukowane wtedy w postaci tymczasowych doniesień.
12. Artykuły przyjęte do druku przez Redakcję P. L. stają się własnością Redakcji. Autor nie może bez zgody Redakcji zezwalać na przedruk ani odstępować prawa autorstwa.

OD ADMINISTRACJI

1. Prosimy o wyrównanie wszelkich zaległości.
2. Prenumeratę należy uiszczać za każdy kwartał z góry.
3. O każdej zmianie adresu należy natychmiast zawiadomić.
4. Blankiety P. K. O., przekazy pieniężne należy dokładnie, starannie i czytelnie wypełniać.
5. Wszelkie reklamacje w związku z niedoręczeniami pisma należy zgłaszać do 2 tygodni.
6. Chcącym nasze czasopismo zaabonować, wysyłamy egzemplarz okazowy.
7. Prenumeratę zamawiać można pisemnie lub telefonicznie: 586-69.

Rok IV Seria II Kraków Nr 20 (15. X. 1948)

PRZEGLĄD LEKARSKI

Prof. Dr S. Z. LEVINE New York

Choroby krwi wieku dziecięcego
Podstawy rozpoznawcze i lecznicze *)

Zainteresowanie się hematologią, jakie obudziło wykrycie w wątrobie czynnika leczącego niedokrwistość złośliwą, było bodźcem do nowych badań w dziale chorób krwi wieku dziecięcego. Okazało się niebawem, że odczyny krwi w tym wczesnym okresie życia były często na tyle różne od tego, co zwykło się spotykać w ustroju dojrzałym, że wymagały odrębnego opracowania zarówno diagnostyki, jak i terapii tych schorzeń. Badania te pozwoliły nie tylko wniknąć w istotę procesów krwiotwórczych ustroju zdrowego, ale nadto umożliwiły wyodrębnienie nowych jednostek hematologicznych takich, jak niedokrwistość erytroblastyczna (inaczej anemia Cooley'a), ostra zakaźna limfocytoza, niedokrwistość megaloblastyczna niemowląt i erytroblastoza płodowa. Wreszcie badaniom tym zawdzięczamy postępy w leczeniu niedokrwistości, białaczek i skaz krwotocznych.

Hematologia dziecięca, to dzisiaj dziedzina tak obszerna, że mogę rozpatrzyć jedynie niektóre zagadnienia, dziś szczególnie na czasie i mające praktyczne znaczenie. Przedmiotem dzisiejszego wykładu będą ostatnie zdobycze na polu diagnostyki i terapii chorób krwi, spotykanych najczęściej u dzieci.

Co się tyczy strony rozpoznawczej, to posiadamy dzisiaj trzy podstawowe pomoce: 1-szą w badaniu szpiku kostnego, 2-gą w rentgenoskopii kości i 3-cią w dającym się niekiedy wyśledzić wpływie czynnika dziedzicznego.

Łatwość, z jaką uzyskuje się szpik z kości dziecięcych, jego niezwykle żywe oddziaływanie w tym wieku na różne bodźce, wreszcie bardzo ważny fakt, że na obraz krwi obwodowej dzieci wpływają fizjologiczne zmiany związane ze wzrostem i rozwojem, wszystko to wzmaga wartość rozpoznawczą szpiku kostnego.

Zaburzenie każdego z głównych elementów krwi wcześniej i dobitniej znaczy się i odbija na szpiku kostnym, aniżeli na krwi obwodowej. Różnicę tę najlepiej obrazuje wczesna białaczka, w której szpik kostny może być przeładowany elementem leukoblastycznym, mimo że brak go we krwi obwodowej. Badanie szpiku pozwala ocenić ilościowo, jakie komórki dotknięte są w niedokrwistości hipoplastycznej i hemolitycznej. Kontroluje działanie lecznicze środków stosowanych w niedokrwistości i białaczce, np. kwasu liściowego w anemii megaloblastycznej, aminopteryny i innych leków w leukemii. Bezpośredni wgląd w stan macierzystych elementów czerwonych i białych krwinek oraz płytek w miejscu ich powstawania, pozwala na rychlejsze i pewniejsze rozpoznanie niedokrwistości hipoplastycznej i hemolitycznej, plamic i białaczek. Mielogramy są także pomocne w rozpoznawaniu lipoidoz takich, jak choroba Gaucher'a i Niemann-Pick'a, a niekiedy i nowotworów np. neuroblastoma.

Większe znaczenie rentgenogramu kości w diagnostyce hematologicznej dziecięcej wiąże się z rozwojem szpiku kostnego. Tylko starsze dzieci rozporządzają zapasem nieczynnej tkanki żółtego szpiku, który w pewnych warunkach może podjąć rolę narządu krwiotwórczego. We wczesnym dzieciństwie przychodzą w takich razach do głosu pozaszpikowe miejsca produkcji (wątroba, śledziona i in.). Jeżeli te nie wystarczają, następuje rozrost szpiku kostnego kosztem kości, zarówno beleczek, jak i kory, co daje się śledzić w rentgenogramie.

Rentgenowskie obrazy spotykane w białaczce dziecięcej ujawniają często ogólne lub miejscowe rozrzedzenie kości, ogniska absorbcji, oddzielanie się okostnej. Dalej posunięte zmiany kośćca idące w parze z intensywną erytrogenezą spotyka się z zasady w niedokrwistości erytroblastycznej Cooley'a (inaczej talassemii). Podobne, lecz o mniejszym nasileniu, zmiany śledzić można często w ustrojowej niedokrwistości hemolitycznej (icterus haemolyticus Minkowski-Chauffard) i niedokrwistości sierpowato-krwinkowej. Badanie rentgenowskie wykazuje we wszystkich tych niedokrwistościach hemolitycznych krańcową hiperplazję szpiku i następową osteoporozę, scieńczenie kory, zanik beleczek kostnych, wskutek czego struktura kości staje się mało delikatna, gruba.

Najwcześniejsze zmiany dotyczą drobnych kości śródręcza i śródstopia. Stwierdza się w nich osteoporozę i powiększenie jamy szpikowej, która zatraca półkoliste kontury, wskutek czego na przekroju wypada bardziej prostokątnie. Potem w miejscach rozrzedzenia stwierdza się stwardnienie (osteosklerozę), pojawiają się nowe ogniska kostnienia, widoczne jako sieć złożona z grubych beleczek. Kości płaskie czaszki wykazują na przekroju rozszerzenie przestrzeni między obu blaszkami zewnętrzną i wewnętrzną, która to przestrzeń jest delikatnie ziarnista, centkowana lub prążkowana. Prostopadle ułożone prążki dają obraz „zjeżonego włosa".

*) Wykład opracowany z Dr K. Smith'em, wygłoszony w Krakowie 26. VII. 1948 na Kursie urządzonym przez Unitariański Komitet Pomocy i Światową Organizację Zdrowia przy O. N. Z. (Tłumaczenie Doc. T. Gizy).

W niektórych chorobach krwi u dzieci kluczem do rozpoznania sprawy jest badanie krwi rodziców, rodzeństwa i krewnych, tudzież stosunków immuno-biologicznych, zachodzących między matką i płodem. Jeśli u matki w okresie ciąży stwierdzono niedobór żelaza, mamy podstawę podejrzewać, że i u płodu zapas jego będzie niedostateczny i między 3. i 6. miesiącem życia rozwinie się niedobarwliwa małokrwinkowa niedokrwistość. Wrodzoną plamicę małopłytkową stwierdza się niekiedy u dziecka matki cierpiącej na małopłytkowość utajoną, tj. nie dającą objawów klinicznych skazy krwotocznej.

Najbardziej pomocnym w rozpoznaniu erytroblastozy płodowej jest zbadanie czynnika Rh we krwi dziecka i rodziców. Typowanie krwi ludzkiej według czynnika Rh weszło już powszechnie w życie. Zwykle chodzi o Rh dodatniego ojca i Rh dodatnie dziecko, a Rh ujemną matkę. W mniejszej grupie Rh + matek, aglutynogeny Hr, A i B czerwonych krwinek mogą stanowić czynnik immunizujący.

Niedokrwistość sierpowato-krwinkowa, hemolityczna ustrojowa i erytroblastyczna Cooley'a występują w pewnych rodzinach i czynnik dziedziczny daje się tu wykazać na drodze badania krwi u innych członków rodziny chorego. Oszczędzić to może nie rokującego poprawy leczenia, np. w talassemii. Bez względu na poziom hemoglobiny krew pobrana członkom rodziny dziecka chorego na talassemię (tj. Colley'owską anemię) może wykazać obecność niedobarwliwych makrocytów, erytrocytów nakrapianych, jakie znachodzi się w wypadkach zatrucia ołowiem, nadkrwistość, wzmożoną oporność krwinek czerwonych względem hipotonicznych roztworów soli kuchennej, owalne ciałka czerwone przypominające wyglądem tarcze strzelnicze. Ciężkie przypadki talassemii dziedziczy się zarówno po ojcu, jak i po matce. Lekkie postacie niesposób rozpoznawać bez uprzedniego wykazania opisanych zmian, przynajmniej u jednego z rodziców.

Schorzenia układu czerwonokrwinkowego

W niedokrwistościach hemolitycznych [erytroblastozie płodowej (inaczej hemolitycznej chorobie noworodków), wrodzonej żółtaczce hemolitycznej (inaczej ustrojowej niedokrwistości hemolitycznej albo sferocytemii), ostrej niedokrwistości hemolitycznej (inaczej anemii typu Lederer'a), niedokrwistości sierpowato-krwinkowej i niedokrwistości erytroblastycznej Cooley'a (talasemii)] szpik kostny przerasta, przychodzi do wzmożonej proliferacji normoblastów, w mniejszym stopniu erytroblastów. Również produkcja granulocytów może być wzmożona. W niedokrwistości rozwijającej się na tle niedoboru żelaza i w przewlekłej krwotocznej niedokrwistości (przewlekłej niedobarwliwej niedokrwistości) szpik kostny wykazuje również hiperplazję, liczba normoblastów jest zwiększona, ale produkcja granulocytów prawidłowa. Jądrzaste ciałka czerwone krwi mogą stanowić więcej niż połowę całkowitego elementu jądrzastego szpiku (w warunkach prawidłowych stanowią one średnio 20% całości).

1. Megaloblastyczna niedokrwistość niemowląt.

Tę świeżo opisaną jednostkę spotyka się najczęściej u niemowląt od 2. do 16. miesiąca życia. Na kliniczny obraz składają się objawy niedomogi narządu oddechowego, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, ogólna słabość, drażliwość, brak łaknienia i krańcowa bladość. Można stwierdzać powiększenie wątroby i śledziony, petocje skóry i krwawienia śluzówek. Krew obwodowa przemawia za niedokrwistością miernie barwliwą i zwykle makrocytową, za leuko- i neutropenią oraz za trombocytopenią. Mielogram wykazuje megaloblastyczny typ erytropoezy i zmiany w zakresie granulocytów, przypominające obraz niedokrwistości złośliwej. Kwas liściowy w ilości 5—20 mg dziennie lub wątroba jest tu swoistym środkiem leczniczym. Po 3—4 dniach leczenia wzrasta liczba komórek właściwych siateczki (retikulocytów), a niebawem przybywa hemoglobiny, krwinek czerwonych, leukocytów obojętnochłonnych i płytek. Szpik kostny odzyskuje prawidłowy wygląd. W przeciwieństwie do niedokrwistości złośliwej stwierdzona tu niedomoga jest przejściowa i po wyleczeniu jej nie przychodzi do nawrotów.

2. Niedokrwistości zanikowe (aplastyczna i hipoplastyczna).

W niedokrwistości aplastycznej przychodzi do zmniejszenia wszystkich elementów komórkowych krwi, w następstwie czego stwierdza się anemię, leukopenię, neutropenię i trombocytopenię. Szpik kostny wykazuje ubytki zarówno w układzie białokrwinkowym, jak i płytkotwórczym (megakariocytowym) oraz czerwonokrwinkowym (erytroblastycznym), z następową względną zwyżką limfocytów. Niedokrwistość aplastyczna może przypominać łudząco ostrą białaczkę limfoblastyczną w fazie leukopenii. Rozstrzyga sprawę badanie szpiku. W białaczce przeważają limfoblasty i limfocyty. Skłonność do krwawień, jako następstwo małopłytkowości stwierdzanej w niedokrwistości zanikowej, może nasuwać myśl o chorobie plamistej Werlhofa. Ale w tej ostatniej mielogram zawiera wybitnie zwiększoną liczbę megakariocytów (na 1 milion jądrzastych ciałek czerwonych przypada normalnie nie więcej, jak 300 megakariocytów; w chorobie Werlhofa liczba ich sięgać może do 700 i więcej).

W niedokrwistości hipoplastycznej dotknięty jest tylko układ czerwonokrwinkowy, natomiast krwinki białe i płytki nie wykazują zmian. W szpiku stwierdza się zmniejszenie jądrzastych ciałek czerwonych i wzrost pierwotnych komórek krwi (hematogonów Mollier'a z zasadochłonną cytoplazmą, stosunkowo dużym jądrem o gąbczastej chromatynie z kilku jąderkami) i kwasochłonnych leukocytów.

3. Erytroblastoza płodowa.

Patogeneza jej została wyświetlona z chwilą odkrycia czynnika Rh. Obecny stan naszej wiedzy o czynniku Rh i związanym z nim czynniku Hr uwzględnia genetykę, zdolność osobniczą do izo-

immunizacji, przeciwciała wytworzone przez ustrój i testy służące do ich identyfikacji; wreszcie próbę standaryzacji mianownictwa.

Erytroblastoza płodowa jest zwykle następstwem izoimmunizacji w czasie ciąży Rh ujemnej matki przez Rh dodatnie krwinki czerwone płodu. Aglutyniny skierowane przeciw czynnikowi Rh, wyprodukowane przez uczulony ustrój matki, przedostają się przez łożysko i wywołują hemolizę czerwonych ciałek płodu, a następowo anemię, żółtaczkę, obrzęki, erytroblastozę, powiększenie wątroby i śledziony. Zastosowanie zgodnej Rh ujemnej krwi do przetaczań chorym dzieciom zmniejszyło ich śmiertelność. Szereg transfuzyj krwi, każda w ilości około 20 cm³ na 1 kg wagi ciała, jest w stanie zabezpieczyć dziecku odpowiedni poziom hemoglobiny (od 10—12 g na każde 100 cm³ krwi *). Ale nie zapobiegają one szkodliwym, podtrzymującym hemolizę oddziaływaniom wzajemnym Rh dodatnich krwinek i wolno krążących przeciwciał.

Lepsza jest transfuzja po uprzednim upuście krwi, dzięki któremu wyzbywa się ustrój matczynych przeciwciał i Rh + krwinek. Dziś sposób ten stosuje się w szeregu klinik amerykańskich. Jako drogi wlewu używa się żyły pępkowej lub żył powierzchownych. W całości wymienia się 300—500 cm³ krwi. Potrzeba jednak dalszych doświadczeń celem ustalenia ścisłych wskazań i określenia wyższości wymiany krwi nad kilkakrotnymi przetaczaniami.

P r z e t a c z a n i a k r w i a m b u l a t o r y j n e

Dokonuje się ich w Klinice Dziecięcej Nowego Szpitala Nowojorskiego od r. 1944. Okazało się, że przetaczania takie posiadają liczne zalety. Korzystniejsze jest przetaczanie krwi ambulatoryjne w stałych odstępach czasu, aniżeli transfuzje dokonywane nieregularnie. Odpadają koszty hospitalizacji i blokady łóżek, chorym zapewnia się normalne życie domowe i szkolne. Klinika leczy chorych na niedokrwistość sierpowato-krwinkową, Colley'owską, hipo- i aplastyczną, dalej plamice i białaczki. Rodzaje anemii leczonych w takiej klinice zmieniać się będą w zależności od przewagi jakiegoś typu w danej okolicy.

Sposób postępowania jest następujący. Początkowo chory jest stałym pacjentem kliniki. W tym czasie stosuje się mu codziennie przetaczania tak długo, aż hemoglobina zwiększy się do 13 g w 100 cm³ i odczyt hematokrytowy wykaże, że krwinki stanowią 38—40% całkowitej objętości krwi (norma: 45%**). W dwa tygodnie po wypisaniu chorego rozpoczyna się przetaczanie krwi ambulatoryjne i powtarza się je w odstępach 14-dniowych. Chociaż w przewlekłych hemolitycznych niedokrwistościach i niedokrwistości zanikowej trudno osiągnąć najlepsze wartości dla hemoglobiny i czerwonych ciałek, to przecież i to, co zwykle się uzyskuje, a więc wzrost hemoglobiny do 9—11 g w 100 cm³ krwi i erytrocytów do 27—32% całkowitej objętości krwi, daje rękojmię odporności na zakażenia, dobrego rozwoju i prawidłowych funkcyj ustroju. Zwiększając dawki krwi i skracając czas między transfuzjami, można osiągnąć lepsze wyniki. W niedokrwistości pokarmowej, stosując leczenie swoiste, można dojść do 13 g hemoglobiny i 38% objętości krwinek.

Ilość krwi przetaczanej zależy od wieku i ciężaru ciała dziecka. Dzieciom ważącym mniej niż 12 kg daje się 30 cm³ na każdy kilogram wagi ciała. Dzieciom z wagą 12—20 kg przetacza się w całości 250 cm³, z wagą powyżej 20 kg 300—500 cm³ . Zależnie od potrzeby przerwę dwutygodniową przedłuża się lub skraca. Dawniej stosowano zawiesinę krwinek grupy zerowej w roztworze fizjologicznym soli kuchennej. Obecnie przetacza się krew odpowiedniej grupy i typu Rh. Niepożądane odczyny są rzadkie. Występują zwykle w godzinę po zabiegu w postaci bólów brzucha, dreszczy, gorączki, bólu głowy, rzadziej pokrzywki, dusznicy, objawów hemolizy. Nie są to reakcje niebezpieczne, by zmuszały do przyjęcia dziecka do kliniki, bądź do przerwania leczenia.

S c h o r z e n i a u k ł a d u b i a ł o k r w i n k o w e g o.

1. Szpikowica.

Szpik kostny może być całkowicie opanowany przez element „blastyczny", nawet w aleukemicznej fazie szpikowicy, kiedy krew obwodowa wykazuje nieznaczne zmiany w układzie białokrwinkowym, albo zgoła ich nie wykazuje, kiedy brak leukocytozy, powiększenia śledziony i węzłów chłonnych. Choroba przebiega zwykle ostro. Szpik hiperplastyczny wykazuje infiltrację elementu pierwotnego i zmniejszenie lub brak jądrzastych erytrocytów i megakariocytów. Rozpoznanie nie budzi wątpliwości.

Przejściową poprawę przynoszące transfuzje uzupełnia się dzisiaj nowymi środkami leczniczymi. Iperyt azotowy, uretan, kwasy limfo- i myelocentrowy oraz radioczynne izotopy okazały się nieskuteczne. Obecnie wypróbowuje się szereg związków blokujących (wypierających) kwas liściowy, np. aminopterynę *). Jakkolwiek byłoby dziś przedwczesnym wysnuwać z tego leczenia jakieś wnioski, faktem jest, że w pewnych razach pojawia się przejściowo w szpiku kostnym prawidłowy element komórkowy.

---

*) Prawidłowe wartości: w 1. roku życia 11—12,5; w 5. roku 12—13; w 10. roku 13—14; powyżej 10. r. 14—16 (przyp. tłum.).

**) Hemotokryt jest to cechowana kapilara, którą napełnia się krwią szczawianową i po godzinie odczytuje się wysokość słupa osiadłych krwinek czerwonych. Z kolei wiruje się 30 minut i mierzy grubość warstw ciałek czerwonych, białych, płytek i osocza. Z tych danych, jak i z barwy i przejrzystości osocza, wysnuwa Amerykanin pierwsze, czasem daleko idące wnioski co do stanu chorego. Sposób ten jest powszechnie stosowany w Stanach Zjednoczonych (przypisek tłumacza).

* Pteryny są to barwiki purynowe. W większej ilości występują one w łusce niektórych owadów i wężów, dalej w skrzydłach ptaków i motyli. Ksantopteryna występuje w moczu ssaków, w pokrywie os i szerszeni. Krzywe absorbcji światła pozafiołkowego ksantopteryny i kwasu liściowego są bardzo podobne (przyp. tłum.).

2. Agranulocytoza.

Spotyka się ją częściej od czasu wprowadzenia do lecznictwa sulfonamidów i tiouracylu, częściej u dorosłych. Szpik kostny może wykazywać zmniejszenie wszystkich komórek jądrzastych, postępujący spadek granulocytów przy względnie prawidłowej liczbie młodego elementu czerwonokrwinkowego i megakariocytów. W miarę postępu sprawy chorobowej znikają stopniowo myeloblasty, myelocyty, metamyelocyty i ewentualnie bardziej dojrzałe postacie białych krwinek. Zastępuje je element układu siateczkowo-śródbłonkowego, komórki plazmatyczne oraz utkania chłonnego. W okresie zdrowienia i w przypadkach mniej ciężkich zjawia się z powrotem młody element białokrwinkowy, potem obojętnochłonne leukocyty wielopłatowe. Seryjne badanie pozwala ocenić rozmiar szkód i ustalić rokowanie, a z drugiej strony śledzić postępy leczenia; wreszcie zapobiegać pogorszeniu się sprawy. Obecność promyelocytów i myelocytów, zmniejszenie liczby bardziej dojrzałych postaci, wzrost komórek macierzystych i limfocytów, wszystko to nakazuje niezwłocznie odstawić lek.

Jeżeli w szpiku znachodzi się umiarkowane ilości granulocytów, rokowanie jest pomyślne. Jeśli same limfocyty i komórki plazmatyczne, niepomyślne. Odstawienie szkodliwego leku, z równoczesnym zastosowaniem penicyliny celem zwalczenia możliwego zakażenia, przynosi często poprawę, być może łącznie z działaniem jakichś czynników pobudzających granulopoezę, wytwarzanych przez sam ustrój.

Środki bakteriostatyczne, głównie penicylina, są najskuteczniejszym lekiem w agranulocytozie.

3. Pierwotna śledzionowa neutropenia.

Wiseman i Doan opisali nowy zespół, cechujący się obwodową neutropenią i splenomegalią, nadto niekiedy różnego stopnia niedokrwistością hemolityczną i małopłytkową plamicą. Szpik kostny wykazuje przerost młodego elementu białokrwinkowego, czasem także czerwonokrwinkowego. Śledziona zdaje się rozwijać nie tylko nadmierną żerną czynność granulocytów, ale również hamować wypływ ich do krwi obwodowej. Wycięcie śledziony przywraca stan prawidłowy.

4. Ostra zakaźna limfocytoza.

W chorobie tej opisanej świeżo przez Karola Smith'a stwierdza się hiperleukocytozę, względną i bezwzględną limfocytozę i rozmaitego stopnia objawy ogólne. Jest to choroba zakaźna i zaraźliwa, z objawami zajęcia górnych dróg oddechowych, adenopatii i powiększenia śledziony. Ciałka białe krwi mogą dochodzić do 100.000 w 1 mm³, przy czym prawidłowe małe limfocyty mogą stanowić przeszło 90%. Stan ten jest przejściowy, utrzymuje się przez 2—7 tygodni. W szczytowym okresie szpik jest bogaty w element komórkowy, zwłaszcza małe dojrzałe limfocyty. Należy różnicować z przewlekłą białaczką limfatyczną. Zwykle atakuje osobniki w wieku od jednego do 14 lat, występuje nagminnie w zakładach. Objawy kliniczne mogą być tak łagodne, że uchodzą uwadze otoczenia. Niekiedy znów zaraz z początku stwierdzać można wymioty, drażliwość, gorączkę, bóle brzucha, czasem objawy ze strony układu nerwowego, budzące podejrzenie zapalenia opon mózgowych, zapalenia mózgu, choroby Heine-Medin'a (manowicie postaci bez porażeń wiotkich). Przebieg choroby jest z zasady korzystny.

5. Mononukleoza zakaźna (gorączka gruczołowa Pfeiffera) przebiega u dziecka tak samo, jak u dorosłego i nie będzie tu omawiana.

Skazy krwotoczne.

Ostatnie lata przyniosły postępy na polu patogenezy tych schorzeń. Omówię je od strony czynników wywołujących krwawienia.

Krwotoczna choroba noworodków, w której przychodzi do samoistnych krwawień w ciągu pierwszego tygodnia życia, jest przeważnie następstwem chorobowo wzmożonego, fizjologicznego spadku zawartości protrombiny. Przeciwdziałamy mu, podając witamin K matce tuż przed lub dziecku tuż po rozwiązaniu. Atoli statystyka porównawcza śmiertelności wykazuje, że prócz protrombiny grają tu rolę jeszcze inne czynniki.

Że upośledzenie krzepnięcia krwi hemofilika pozostaje w związku z brakiem pewnego ciała obecnego w osoczu krwi osobników zdrowych, dowiodły tego liczne badania poświęcone frakcjonowaniu białka osocza. Czynną jest frakcja pierwsza; śródżylny zastrzyk preparatu białkowego, który okazał się globulinem, w ilości 200—400 mg, skraca czas krzepnięcia, utrzymując ten stan przez 8—12 godzin. Ciało to działa w minimalnej ilości i doraźnie. Nie wyparło ono jednak z użycia przetaczań krwi pełnej czy osocza. Do miejscowego tamowania krwotoków używa się czystej trombiny lub pianki włóknikowej.

W hipowitaminozie C, w zakażeniach i w zespole Schönlein-Henoch'a przychodzi do krwawień w następstwie zwiększonej przepuszczalności włośniczek. W krwawiączce wrzekomej (pseudohemofilii), zwanej także dziedziczną krwotoczną trombastenią albo zespołem Willebranda, chodzi o niezdolność kapilarów do kurczenia się po zadanej ranie. Chorzy krwawią ze śluzówek zwykle nosa i jamy ustnej, a badanie krwi wykazuje prawidłowy czas krzepnięcia, prawidłową ilość płytek, normalną kurczliwość skrzepu; tylko czas krwawienia jest przedłużony. Poleca się witamin P i pokrewne mu hesperydynę i rutynę. Powszechnie stosowana dziś rutyna jest glukozydem kwercetyny, otrzymywanej z gryki.

Chociaż w patogenezie samoistnej plamicy małopłytkowej również odgrywa rolę wadliwa kurczliwość naczyń, to jednak u podstawy sprawy leży tu niedobór płytek i upośledzenie ich produkcji. Megakariocyty są tu wydatnie zwiększone, liczba ich dochodzi do 200—300 w 1 mm³ *). W szpiku uderza hiperplazja megakariocytów i słaba produkcja płytek zarówno ze

*) W warunkach prawidłowych znachodzi się je nieslale we krwi obwodowej.

starych, jak i młodych komórek. W okresach krwawień przerasta szpik w całości i rośnie liczba jądrzastych ciałek czerwonych. Ostra postać jest częstsza u dzieci, przewlekła u dorosłych. O ile usunięcie śledziony jest przeciwwskazane w postaciach z aplazją megakariocytową szpiku, to tam, gdzie stwierdza się hiperplazję megakariocytową splenektomia jest korzystna. Pewne przypadki przewlekłej małopłytkowej plamicy u dzieci, wykazujących zmniejszone ilości megakariocytów w szpiku, zaliczyć należy niewątpliwie do hipoplastycznej albo aplastycznej niedokrwistości, zwłaszcza wtedy, gdy szpik jest w całości zmniejszony, pomimo prawidłowej albo zwiększonej procentowej zawartości normoblastów i kiedy spadek zawartości hemoglobiny i czerwonych krwinek nie odpowiada natężeniu krwawień.

Julian ALEKSANDROWICZ Kraków-Cieszyn
oraz
J. BLICHARSKI, M. LEWY *), R. MISIACZEK *)
i A WOLAŃSKI

Wyniki prób leczenia gruźlicy płuc iperytem azotowym

Doniesienie tymczasowe

Z II Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J.
Dyrektor: Prof. Dr Tadeusz Tempka

Do podjęcia prób leczenia choroby gruźliczej iperytem azotowym skłoniły nas zarówno stwierdzone przez nas (1) teoretyczne przesłanki o farmakodynamicznym działaniu iperytu azotowego, jak i dane empiryczne.

Przesłanki teoretyczne są następujące: nieswoiste działanie przeciwzapalne, wydatne pobudzanie układu siateczkowo-śródbłonkowego (2), przyspieszanie gojenia się ran przez wydatne pobudzanie ziarniny (3), działanie bakteriostatyczne na prątki Kocha (4).

Empiryczne spostrzeżenia — to leczniczy wpływ iperytu azotowego na gruźlicę węzłów chłonnych oraz na gruźlicę kości, powikłaną zimnymi ropniami (5, 6).

O urzeczywistnieniu tych teoretycznych przesłanek, przez podjęcie badań na szerszą skalę, zadecydował przypadek, który pokrótce przedstawię:

Dnia 11. IX. 1947 r. został przyjęty do naszej Kliniki 18-letni chłopiec z objawami zupełnego poprzecznego porażenia. W obrazie radiologicznym widoczne było zniszczenie IX i X kręgu piersiowego, o typie spotykanym raczej w sprawach nowotworowych, a w lewym śródpiersiu stwierdzono guz wielkości pięści. Obraz rentgenologiczny, jak i cały zespół klinicznych objawów przemawiał za sprawą nowotworową. Rozpoczęliśmy tedy leczenie iperytem azotowym. W następstwie leczenia wydatnie zmniejszyły się p o r a ż e n i a w c i ą g u 4 t y g o d n i, guz śródpiersia zmniejszył się również i wykazał obecność jamy wypełnionej płynem. Dla ostatecznego ustalenia rozpoznania nakłuto guz, a wydobyty płyn poddano badaniu, na podstawie którego zdecydowanie stwierdzono gruźlicę. Guz śródpiersia okazał się nietypowo umiejscowionym zimnym ropniem, wychodzącym z IX kręgu. W kilka dni po nakłuciu chory wysoko zagorączkował. Wykonane wówczas zdjęcie płuc wykazało świeży gruźliczy wysiew z objawami rozpadu. Zdecydowaliśmy się na dalsze stosowanie iperytu azotowego. Po zakończeniu serii zastrzyków chory przestał gorączkować, a zmiany w płucach — po 3 tygodniach od zastosowania tej serii — cofnęły się bez śladu.

Ten wynik leczniczy, tak w zakresie niezwykle szybkiego ustąpienia porażeń, jak również cofnięcia się objawów wysiewu gruźliczego i rozpadu w płucach, zachęcił nas do przeprowadzenia dalszych prób w kierunku leczenia gruźlicy kostnej i gruźlicy płuc. (Wyniki dotyczące gruźlicy kostnej będą podane w innym miejscu. W niniejszym doniesieniu podajemy spostrzeżenia tyczące gruźlicy płuc).

Systematyczne grupowe badania wpływu iperytu azotowego na chorobę gruźliczą zostały zapoczątkowane w naszej Klinice oraz w Śląskim Szpitalu w Cieszynie *).

Materiał doświadczalny obejmuje:

Infiltrata pulmonum specifica primaria — przypadki 2.

Tbc pulmonum fibro-nodosa — przypadki 3.

Tbc pulmonum destructiva — przypadków 12.

W toku wstępnych badań napotkaliśmy na duże trudności, jakie zazwyczaj towarzyszą każdej próbie zastosowania nowego i nieznanego leku.

Te trudności były powodem, że przedstawiony dziś materiał czyni wrażenie niejednolicie dobranych przypadków, gdyż istotnie próbowaliśmy leczyć tych chorych, którzy zgłaszali się do nas świadomi swego beznadziejnego stanu, względnie poinformowani o jedynie próbnym charakterze naszych badań. Dlatego też przedstawiony materiał doświadczalny nie spełnia może wszystkich wymagań stawianych pracom klinicznym nad czynnikami wpływającymi leczniczo na proces gruźliczy. Dobrane przez nas przypadki bądź nie nadawały się do żadnego ze sposobów leczenia zapadowego, bądź też zawiodły u nich wszelkie sposoby dotychczasowego leczenia.

W obecnych naszych badaniach posługujemy się z n a c z n i e m n i e j s z y m i n i ż d o t y c h c z a s d a w k a m i i p e r y t u a z o t o w e g o. Stosujemy obecnie 0.01 — 0.08 mg dwuchloro-dwuetylo-metylaminy na 1 kg wagi ciała zamiast, jak dotąd, 0.1 mg wedle zapodań amerykańskich autorów. Na kurację stosujemy przeciętnie 8—12 mg leku w 4—5 zastrzykach dożylnych. Iperyt azotowy rozcieńczamy w 10—20 cm^3 soli fizjologicznej, wstrzykując go z szybkością, jaką podaje się np. dożylnie glukozę, dbając o to, by ani kropla roztworu nie dostała się poza żyłę.

---

*) Prym. Dr R. M i s i a c z e k i Dr M. L e w y ze Śląskiego Szpitala w Cieszynie.

*) Do przeprowadzenia badań w Cieszyńskim Szpitalu zostaliśmy zaproszeni i w naszej pracy wydatnie poparci przez Naczelnika Śląskiego Wojew. Wydziału Zdrowia Dra Czesława K ę p s k i e g o, za co mu na tym miejscu serdecznie dziękujemy.

Przekonaliśmy się, że te zmniejszone dawki iperytu azotowego wywierają równie korzystne działanie farmakodynamiczne, z pominięciem wyraźniejszych objawów trujących. Przed rozpoczęciem leczenia wykonujemy próbę naskórną, podaną przez Aleksandrowicza i Wolańskiego (7).

Do leczenia należy użyć świeżych przetworów, gdyż spostrzegaliśmy, że lek przechowywany przez 6 miesięcy od daty ampułkowania staje się bardziej trujący.

*

Materiał doświadczalny, przedstawiamy poniżej w tabelarycznym zestawieniu. Ze względu na trudności graficzne nie przedstawiamy zdjęć. Historię choroby ciekawszych przypadków przedstawiamy w skrótach.

Przyp. 1. B. M. lat 14, uczennica. Śląski Szpital. Po przebytej błonicy zachorowała w styczniu 1948 r. wśród wysokiej gorączki, kaszlu, bólów głowy, braku apetytu. Do chwili rozpoczęcia leczenia gorączkowała bez przerwy (38—39° C). Zdjęcie rentgenowskie z 2. III. 1948 wykazało naciek wnęki lewej wielkości jaja kurzego, z okołoogniskowym wzmożeniem rysunku naczyniowo-oskrzelowego; nad przeponą lewą nacieczenie miąższu płucnego o nieostrych granicach, wielkości mandarynki. Od dnia 12—17. III. 1948 zastosowaliśmy iperyt azotowy w łącznej dawce 13 mg. Temperatura w ciągu tygodnia obniżyła się do stanu prawidłowego, kaszel ustąpił i od tej pory, tj. od 26. III. 1948 do chwili obecnej, tj. w okresie 6-miesięcznym stan chorej tak przedmiotowy, jak i podmiotowy wydatnie się poprawił. Chora w tym okresie przybrała na wadze 8,50 kg. Odczyn Biernackiego z średniej 60 mm wrócił do stanu prawidłowego, a badanie rentgenowskie (Dr Wyrobek) wykazuje wydatną regresję i induracje bipolarnego nacieku wnękowego oraz wydatną regresję zagęszczeń okołooskrzelowych nad przeponą po stronie lewej.

Przyp. 2. T. J. lat 9, uczeń, Śląski Szpital.

Od 2 lat pozostaje w opiece ftizjologów. W XI. 1947 r. wystąpiły objawy wysiękowego zapalenia opłucnej, skierowano go wówczas do leczenia sanatoryjnego. Badanie rentgenowskie wykonane w XII. 1947 roku wykazało rozlany naciek przywnękowy po stronie prawej, bez cech rozpadu, z odczynem wysiękowym międzypłatowym i zamgleniem zatoki przeponowo-żebrowej. W toku leczenia sanatoryjnego — jak to wynika z zdjęć rentgenowskich z ostatnich 3 miesięcy i ostatniego zdjęcia przed leczeniem z dnia 2. III. 1948 — pogarszał się. Po zastosowaniu leczenia dwuchloro-dwuetylo-metylaminą (6 mg) gorączki ustąpiły. Opad z średniej wartości 100 mm obniżył się po 3-miesięcznej obserwacji do 25. Chory przybiera na wadze, czuje się dobrze. Zdjęcie rentgenowskie z 13. V. 1948 wykazuje znamiona regresji i induracji nacieku prawostronnego, jak również nacieków gruczołowych po stronie lewej (Dr Wyrobek).

W obu przedstawionych przypadkach mamy prawo wiązać poprawę kliniczną ze stosowaniem iperytu azotowego. Przypadki te bowiem, jak wykazała kilkumiesięczna obserwacja (poprzedzająca leczenie iperytem azotowym) poparta zdjęciami rentgenowskimi, były nie tylko oporne na dotychczasowe sposoby leczenia, ale nawet pogarszały się, zwłaszcza przypadek drugi. W obu przypadkach rozpoczęliśmy leczenie równocześnie (12. III. 48) i jak wynika z 6-miesięcznej obserwacji, stan chorych zdecydowanie się poprawia.

Przyp. 3. K. R. lat 34, kelner (Ambulat. II Kliniki Wewn. U. J.). Choruje od X. 1947 r. Wskutek znacznej utraty wagi ciała, potów, kaszlu i złego samopoczucia zgłasza się do badania w listopadzie 1947, w czasie którego stwierdzono „Tbc fibrocaseosa secundaria fibrosa lobi superioris pulmonis dextri". (Zdjęcie wykonano w Ubezpieczalni Społecznej w Krakowie). Od 13—16. XII. 1947 r. otrzymał 3 zastrzyki iperytu azotowego w łącznej dawce 10 mg. Odczyn Biernackiego, który przed rozpoczęciem leczenia wynosił w średniej wartości 20 obniżył się w miesiąc po leczeniu do 5 i na tym poziomie utrzymuje się nadal. Stan chorego dobry, apetyt i samopoczucie poprawiły się wybitnie. Przybiera na wadze. W okresie 9-miesięcznej obserwacji nie dostrzegliśmy żadnych nowych objawów pogorszenia sprawy chorobowej. Zdjęcie rentgenowskie wykazuje również wybitne cofanie się zmian naciekowych i wtórnie włóknistych tak, że w obecnym stanie można by mówić praktycznie o wyleczeniu, co oczywiście potwierdzi dopiero dalsza kilkunasto-miesięczna obserwacja.

W przedstawionym przypadku należy podkreślić, że chory w ciągu całego czasu spostrzegania pracował zawodowo jako kelner i nie stosował żadnego innego leczenia. Godnym podkreślenia zjawiskiem jest cofnięcie się nawet zmian wtórnie włóknistych.

Przyp. 6. T. H., lat 34, kupiec (Ambulat. II Kliniki Wewn. U. J.). Z końcem roku 1945, stwierdzono u niego wrzodziejącą gruźlicę szczytu płuca lewego. Dnia 14. I. 1948 r. zgłasza się do Kliniki z typowymi skargami, jak gorączka, kaszel, nocne poty, osłabienie itd. Ponieważ chory nie zgodził się na leczenie odmą, zastosowaliśmy leczenie dwuchloro-dwuetylo-metylaminą. Jak wynika z rentgenogramów, stan chorego przed rozpoczęciem leczenia stale się pogarszał, a w okolicy podszczytowej — obwodowo — pojawił się nowy naciek. W miesiąc po zastosowaniu leczenia (15 mg iperytu azotowego) wyżej wymienione dolegliwości ustąpiły; chory zaczął przybierać na wadze. Dnia 13. II 1948. wykonano kontrolne zdjęcie rentgenowskie, w którym Dr Chudyk stwierdza „silniejsze wysycenie smugowatych i drobnoplamkowych cieni w górnej części płuca lewego. Przejaśnienia w tej okolicy są obecnie ostrzej obrysowane". Na zdjęciu z 24. V. 1948 nie stwierdza się już przejaśnień. Ilość drobnoplamkowych cieni zmniejszyła się znacznie, z pozostawieniem silnie wysyconych cieni i zwapnień". Rentgenolog podkreśla wyraźną poprawę w porównaniu z poprzednimi zdjęciami. Obecnie, tj. w 8 miesięcy po

		INFILTRATA PULMON SPECIF. PRIMARIA		TBC. PULMON. FIBRO-NODOSA			TUBERCULOSIS PULMONUM DESTRUCTIVA								
		1. B. M.	2. T. J.	3. K. K.	4. G. J.	5. J. N.	6. T. H.	7. D. ST	8. O. S.	9. B. J.	10. F. M.	11. W. G.	12. G. ST	13. J. E.	14. P. J.
Wiek chorego		14	9	34	22	30	34	58	34	28	27	40	49	51	55
Stan ogólny przed leczeniem		średnio ciężki	ciężki	zadawalający	zadawalający	średnio ciężki	zadawalający	zły	średnio ciężki	bardzo ciężki	bardzo ciężki	bardzo ciężki	bardzo ciężki	bardzo ciężki	bardzo ciężki
Choruje od		8 tygodni	2 lat	4 miesięcy	3 lat	4 miesięcy	3 i pół roku	roku	6 miesięcy	4 lat	3 lat	roku	8 lat	15 lat	8 lat
Dotychczasowe leczenie		sanatoryjne	sanatoryjne	objawowe	odma sanatorium	nie leczony	sanatoryjne	objawowe	objawowe	odma sanatorium	odma sanatorium	sanatorium	sanatoryjne	sanatoryjne	sanatoryjne
Leczenie N. M.		13 mg	6 mg	10 mg	20 mg	2 serie po 6 mg	15 mg	14 mg	2 serie po 6 mg	22 mg	15 mg	19,5 mg	14 mg	10 mg	12 mg
Czas obserwacji		6 miesięcy	6 miesięcy	9 miesięcy	6 miesięcy	9 miesięcy	8 miesięcy	6 tygodni	8 miesięcy	[illegible] miesięcy	3 miesiące	6 miesięcy	2,5 miesiąca	6 tygodni	6 tygodni
PRZEBIEG KLINICZNY	Samopoczucie	złe, obecnie dobre	złe, obecnie dobre	złe, obecnie b. dobre	złe, obecnie dobre	obecnie lepsze	obecnie bardzo dobre	znacznie lepsze	obecnie bardzo dobre	obecnie gorsze	obecnie lepsze	obecnie lepsze	przejściowo lepsze	złe	złe
	Temperatura	z 39,5 na 36,5	z 37,5 na 36,5	z 37 na 36,5	prawidłowa	z 37,5 na 36,5	z 37,5 na 36,5	z 37,8 na 36,5	z 37,2 na 36,	utrzymująca się 38°	utrzymuje się 37,5	przejściowo podgor. obecnie prawidłow.	37,3 bez zmian	37,5 — bez zmian	37,6 — 39°
	Kaszel	ustąpił	znacznie się zmniejszył	ustąpił	mniejszy	mniejszy	znacznie mniejszy	znacznie mniejszy	znacznie mniejszy	bez zmian	mniejszy	mniejszy	utrzymuje się	bez zmian	utrzymuje się
	Plwocina	—	—	skąpsza	skąpa	bez zmian	skąpsza	z 100 na 20	skąpsza	bez zmian	z 100 ccm na dobę zmniejszyła się do 20	bez zmian	skąpsza	bez zmian	około 100 ccm bez zmian
	Koch	—	—	—	+ obecnie —	—	+ obecnie —	++ obecnie ±	—	+	++ utrzymuje się	+	+	+++	++
	O. B.	z 60 na 30	z 100 na 25	z 20 na 5	bez zmian	bez zmian	z 78 na 8	z 72 na 43	z [illegible]5 na 18	utrzymuje się na 80	z 47 na 25	bez zmian	—	90 — bez zmian	50 utrzymuje się
	Waga	z 42 na 51	z 23 na 24,5	przybrał 3 kg	nieznaczny wzrost	przybrał 4 kg	przybrał 5 kg	przybrał 7 kg	przybrał 3,5 [illegible]g	z 58 na 52	nieznaczny wzrost	przejściowy spadek	75 utrzymywała się z wahaniami	48,800	60 na 56
	Poty	ustąpiły	ustąpiły	ustąpiły	ustąpiły	ustąpiły	ustąpiły	ustąpiły	ustąpiły	bez zmian	mniejsze	mniejsze	utrzymują się	utrzymują się	utrzymują się
	RTG.	wydatna poprawa	wydatna poprawa	bardzo wydatna poprawa	bez wyraźniejszych zmian	nieznaczna poprawa	bardzo wydatna poprawa	zaznaczona poprawa	zaznaczone poprawa, regresja zmian wrzodziejących	poprawa, regresja komponenty naciek. induracja naciek.	poprawa, regresja komponenty naciek. induracja ognisk.	nieznaczna poprawa	kontrolne badanie nie wykonane	kontroli nie wykonano	bez zmian
UWAGI:										ustąpienie wysięku opłucnej			zmarł z powodu zapalenia nerek	chory zmarł	zmarł wśród objawów toksemii tbc

leczeniu, przedmiotowy i podmiotowy stan chorego jest bardzo dobry.

Godnym podkreślenia jest długi czas trwania procesu chorobowego, o stałej skłonności do pogarszania się w ciągu 2-letniej obserwacji. Od czasu leczenia iperytem azotowym nastąpił wyraźnie pomyślny zwrot, w sensie stale postępującej poprawy klinicznej i rentgenologicznej.

Przyp. 7. D. S., lat 58, kupiec (II Klinika Chor. Wewn. U. J.) Czuje się źle od roku. Jest osłabiony, stracił na wadze 12 kg, kaszle, miewa stany podgorączkowe, odpluwa około 100 cm³ śluzowo-ropnej plwociny. Koch ++, O. B. — przeciętna 72. Badanie rentgenowskie wykazało: „obustronną wrzodziejącą gruźlicę płuc". W tydzień po leczeniu ustąpiły gorączki, zmniejszył się kaszel. W ciągu 4 tygodni przybrał na wadze 6 kg. Prątki w plwocinie nadal obecne. Radiologicznie (Dr Goliński): „odczyny zapalne w polu szczytowym lewym, jak również naciek u podstawy płuca prawego uległy wybitnej regresji".

Uwzględniając ciężki stan chorego i niemożność zastosowania żadnego innego sposobu leczenia, poza leczeniem klimatycznym, na które nie mógł sobie pozwolić, należy podkreślić korzystny wpływ iperytu azotowego, który zaznaczał się już w niedługi czas po zastosowaniu. Stałe pogarszanie się stanu chorego przed leczeniem i zwrot ku lepszemu po zastosowaniu iperytu azotowego pozwala wiązać poprawę z tym związkiem chemicznym. Trwałość poprawy okaże dalsza obserwacja.

Wśród grupy najciężej chorych, obejmującej przypadki 9, 10 i 11 widzimy pewne znamiona poprawy klinicznej i radiologicznej.

Poprawa u chorego 9-tego przejawia się szybkim ustąpieniem wysięku opłucnowego. Dalsze losy chorego są jednak nieznane, gdyż opuścił szpital na własne życzenie. W przypadku 10. poza poprawą kliniczną wykazuje badanie rentgenowskie (Dr Wyrobek) „w lewym płucu silną regresję komponenty naciekowej; poszczególne ogniska wyraźnie induracyjne, aczkolwiek obraz w dalszym ciągu wykazuje charakter naciekowo-rozpadowo-jamisty jako przeważający". Przypadek 11 wykazuje poprawę kliniczną i radiologiczną, co wynika z opisu zdjęć przez Dra Wyrobka. Zdjęcie I. z 10. IV. 48 wykazuje „w obu górnych płatach płucnych wydatne zmiany naciekowo-włókniste z wytworzeniem jamy wielkości orzecha włoskiego po prawej i dwu jam nieco mniejszych po lewej. Nadto po prawej wysięk międzypłatowy". Na zdjęciu drugim z 10. V. 48 „zaznaczona pewna regresja wysięku międzypłatowego po prawej oraz nieznaczna induracja poszczególnych guzków. Natomiast po lewej zwraca uwagę wydatne zmniejszenie się światła jam, które są jakby nieco bliznowato ściągnięte. Również po lewej uwidacznia się pewna regresja komponenty naciekowej".

W przytoczonych przypadkach uwidacznia się farmakodynamiczne działanie iperytu azotowego, polegające na ustępowaniu nacieków zapalnych, przyspieszaniu zjawisk induracyjnych, słowem, na przyspieszaniu przekształcania fazy wysiękowej w wytwórczą. Również widoczne jest przyspieszenie ustępowania wysięków opłucnowych.

Szczególnie godne podkreślenia jest zmniejszanie się światła jam, co mogłoby odpowiadać zjawisku spostrzeganemu już w przebiegu przyspieszania gojenia się rozległych ubytków skóry. U chorych prątkujących nie spostrzegaliśmy w ciągu 3-miesięcznej obserwacji wyraźniejszego wpływu na zmniejszanie się liczby prątków.

Przypadek 12, którego stan z chwilą rozpoczęcia leczenia był bardzo ciężki, zmarł w 11 tygodni po rozpoczęciu leczenia wśród objawów uremii.

Ponieważ u około 200 chorych leczonych iperytem azotowym nie stwierdziliśmy dotąd uszkadzającego wpływu na nerki, nie możemy wiązać tego zejścia śmiertelnego z działaniem leku. U następnych chorych (przyp. 13 i 14) nie powiodło nam się powstrzymać już w założeniu beznadziejnego i postępującego procesu gruźliczego i chorzy ci zmarli.

*

Streszczając wyniki naszych spostrzeżeń, możemy stwierdzić, że iperyt azotowy wywiera jakiś szczególny wpływ w chorobie gruźliczej, którego istota wymaga oczywiście dalszych badań.

Wpływ ten znamionuje w dodatnio oddziałujących przypadkach zmniejszanie się nasilenia kaszlu, potów, temperatury, zmniejszenie ilości odpluwanej plwociny, pobudzenie łaknienia i przybytek na wadze. W obrazach rentgenologicznych uwidacznia się w tych przypadkach ustępowanie objawów zapalnych okołoogniskowych, induracja nacieków, zmniejszanie się jam, ustępowanie wysięków opłucnowych i przyspieszanie przekształcenia fazy wysiękowej w wytwórczą.

Na podstawie naszych spostrzegań odnosimy wrażenie, że iperyt azotowy nie jest hemoterapeutykiem w sensie „therapia sterilisans magna" w zrozumieniu Ehrlicha, lecz jedynie czynnikiem bodźcowym; czynnikiem, który wyraźnie pobudza układ siateczkowo-śródbłonkowy, tkankę łączną oraz tworzenie się ziarniny, dzięki czemu przyspiesza zjawiska leczenia przez uruchomienie odczynów wytwórczych. Oczywiście, w przypadkach bardzo upośledzonego stanu ogólnego, gdy brak w ustroju naturalnych czynników obronnych, które można by było pobudzić, nie uzyskaliśmy żadnych wyników leczniczych.

*

Nie ośmielilibyśmy się bynajmniej twierdzić, że znaleźliśmy lek leczący gruźlicę, ale przedstawione tu zjawiska zdają się wiązać z iperytem azotowym pewne nadzieje jako z lekiem pomocniczym przy leczeniu gruźlicy płuc, zwłaszcza dzięki podnoszonym już właściwościom tego związku chemicznego polegającym na przyśpieszaniu ustępowania odczynów zapalnych towarzyszących specyficznym naciekom, jak również dzięki zdolności pobudzania bliznowacenia. Być może, że iperyt azotowy dzięki tym właściwościom skutecznie wesprze działanie lecznicze streptomycyny. Zagadnienie to stanowi temat obecnych spostrzegań.

Czy ten związek chemiczny sam względnie sprzężony z innymi środkami o bakteriostatycz-

nym wzgl. bakteriobójczym wpływie na prątki znajdzie szersze zastosowanie, czy też spocznie w lamusie, podobnie jak szereg środków, z którymi wiązano nadzieję wyleczenia gruźlicy, okażą dalsze będące w toku badania..

PIŚMIENNICTWO:

1. Aleksandrowicz J.: Próby wyjaśnienia mechanizmu działania iperytu azotowego (Nitrogen Mustard N M.) oraz nowe możliwości jego leczniczego zastosowania w świetle własnych spostrzeżeń. „Przegląd Lekarski" nr 17—18 1947. Essai d'éclaircissement du mécanisme d'action de l'ypérite nitrique (nitrogen mustard) et nouvelles possibilités de son application médicale. — Le Sang, 1948 Nr 2, 94. — 2. Aleksandrowicz i J. Blicharski: Odczyny narządu krwiotwórczego u chorych leczonych dwuchloro-dwuetylo-metyloaminą czyli iperytem azotowym. Przegląd Lekarski, 1948, Nr 7. — 3. Aleksandrowicz J.: O nowych właściwościach dwuchloro-dwuetylo-metylaminy. (Działanie przyspieszające zabliźnianie się ran powłok). Doniesienie tymczasowe I. Polski Tygodnik Lekarski, 1948, Nr 10. — 4. Prof. Legeżyński S.: Posiedzenie Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, 25. II. -948. — 5. Aleksandrowicz J., Arend R. i Spettowa S.: Przypadek nietypowej gruźlicy kręgosłupa leczonej dwuchloro-dwuetylo-metylaminą. Przegląd Lekarski, 1948 Nr. 10. — 6. Aleksandrowicz J., Blicharski J., Hanicki Z.: Schorzenia węzłów chłonnych leczone iperytem azotowym (w druku). — 7. Aleksandrowicz J. i Wolański A.: Zastosowanie naskórnej próby do określenia osobniczej leczniczej dawki iperytu azotowego. Polski Tygodnik Lekarski, 1948, Nr 3. — 8. Aleksandrowicz J.: Valeur therapeutique de la bi-chloro-bi-etylo methylamine à la lumière d'une annee d'observations. — Reunion Internationale d'Hematologie, Paris, 23—26 mai, 1948. — Sang 1948,6.

S U M M A R Y

Experiments with Nitrogen Mustard in the treatment of pulmonary tuberculosis (Preliminary report.)

by J. Aleksandrowicz, J. Blicharski, M. Lewy, R. Misiaczek and A. Wolański

Our therapeutic trials were based on formerly confirmed by us pharmaco-dynamic properties of nitrogen mustard, viz: 1) stimulation of R. E. system, 2) stimulation of the granulation process during healing of wounds, 3) bacteriostatic action on the Koch bacilli, and 4) the clinical observations of the therapeutic effect of N. M. in tuberculosis of the lymphatic glands and in two cases of tuberculosis of the spine and paraplegia with remission following the administration of the drug.

Up to now 17 patients were under observation. In the course of our observations we noticed: fall of the temperature, decrease of the expectoration, gain on the weight, decrease of the blood sedimentation rate; in X-ray examination it was found that: the infiltration diminished, the transformation of the exsudative in the fibrotic form was accelerated, and the cavity became smaller.

The evident clinical and rentgenological remission manifesting itself within short time, let us expect that in N. M. we found the therapeutic agent which on the account of its anti--inflammatory and accelerating absorption action, will effectively back up streptomycin or some other compounds of bacteriocidal or bacterostatic action.

This problem is now the subject of our further research.

Dr med. Izabela KRZEMIŃSKA-ŁAWKOWICZ Gdańsk
st. asystent II Kliniki Chor. Wewnętrz.
Dr med. Alojzy MACIEJEWSKI
Kierownik Oddz. Ortop. Dziec.

Zaburzenia w częściach przynasadowych kości w przebiegu zespołu Fröhlicha-Babińskiego

Z II Kliniki Chorób Wewnętrznych Akademii Lekarskiej w Gdańsku. (Kierownik Prof. dr Mścisłwój Semerau-Siemianowski) i z Oddziału Ortopedii Dziecięcej (Kierownik Dr med. Alojzy Maciejewski) Kliniki Pediatrycznej (Kier. Prof. Dr Henryk Brokman).

Na temat etiologii zespołu Legg-Calve-Perthesa oraz pokrewnych schorzeń wysunięto wiele przypuszczeń i poświęcono wiele miejsca tej jednostce chorobowej w piśmiennictwie lekarskim lat ostatnich. Jednakże zagadnienia te pozostają nadal kwestią otwartą, dlatego też każde spostrzeżenie kliniczne, mogące rzucić światło na etiologię tych ciekawych i ostatnio coraz częściej rozpoznawanych schorzeń, zasługuje na uwagę.

Przypadek spostrzegany w II Klinice Chorób Wewnętrznych oraz na Oddziale Chirurgii Ortopedycznej Akademii Lekarskiej w Gdańsku wyróżnia się w zakresie zaburzeń chrząstek nasadowych spośród innych obserwacji klinicznych tej grupy schorzeń skojarzeniem z typowym zespołem niedomogi hormonalnej. Ponadto należy podkreślić, że zmiany w układzie kostno-chrzęstnym wystąpiły w naszym przypadku w znacznym nasileniu i bardzo charakterystycznym zespole oraz pojawiły się w tym samym czasie, co i objawy zaburzeń gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym.

Opis przypadku

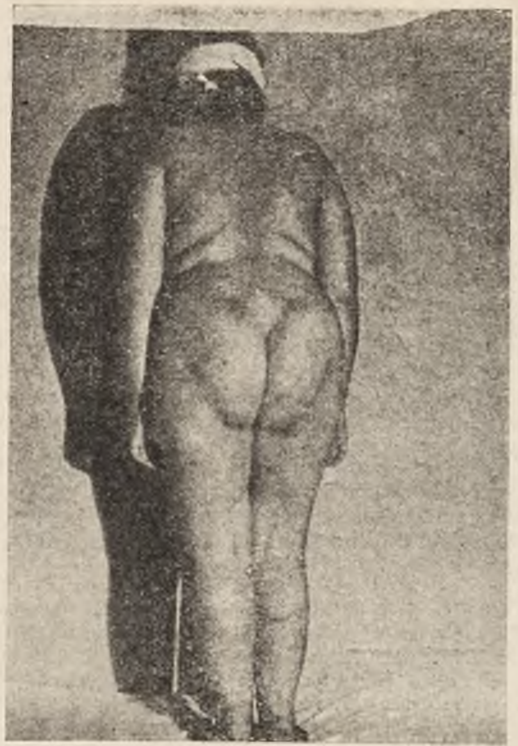
Chora R. D., lat 14, przybyła do Kliniki z powodu bólów w okolicy stawów biodrowych oraz trudności przy chodzeniu. Matka chorej podaje, iż jako dziecko rozwijała się fizycznie dobrze, pod względem psychicznym raczej słabo, uczyła się z trudem. Obecnie jest w IV kl. szkoły powszechnej. Od 7 roku życia zaczęła utykać na lewą nogę, skarżąc się na bóle w kończynach dolnych podczas chodzenia. Lekarz leczący rozpoznał gruźlicę stawu biodrowego lewego i założył gips.

Po paru miesiącach poprawy nie zauważono, natomiast bóle i trudności przy chodzeniu nasilały się w dalszym ciągu. Od 8. roku życia zaczęła gwałtownie tyć, osiągnąwszy w stosunkowo niedługim czasie wagę przeszło 60 kg. Od roku ma sporadyczne mało obfite krwawienia miesięczne, które wystąpiły kilka razy w nieregularnych odstępach czasu. Rodzice chorej i reszta rodzeństwa zdrowe.

Ojciec nadużywa alkoholu. W dalszej rodzinie skłonności do chorób dziedzicznych nie stwierdzono. Chorób wenerycznych w rodzinie chorej nie było.



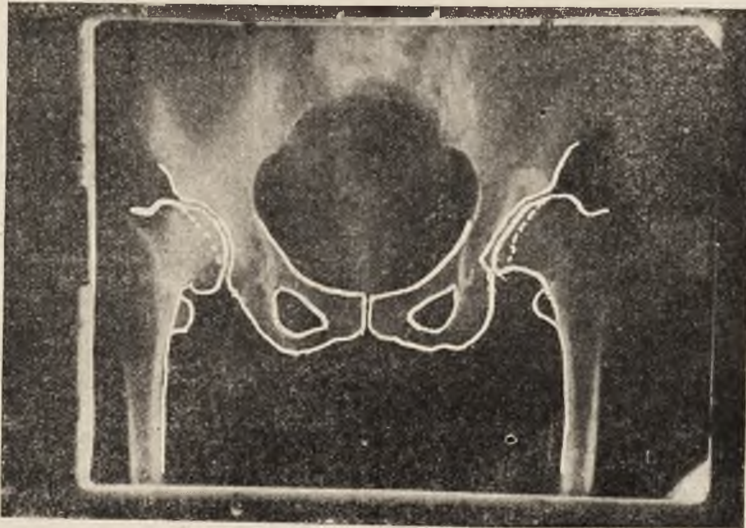
Ryc. I



Ryc. II

Badania przedmiotowe stwierdziło następujące odchylenia od normy

Usposobienie zahamowane, niechęć do ruchu, apatia, zwraca uwagę pewne otępienie psychiczne ze zmiennością do nastrojów oraz skłonnościami do wybuchów afektywnych, przy czym płacz często przechodzi w śmiech. W rozmowie dłuższej chora zdradza niechęć do ludzi na tle krytycznego stosunku rówieśników w związku z nieprawidłową budową ciała. Badanie psychiatryczne i psychologiczne wykazało niedorozwój umysłowy nieznacz



Rys. III

Kości miednicy

Miednica dość duża, o niezakończonym procesie kostnienia. Wejście do miednicy małej szerokie, okrągłe. Główka lewego stawu biodrowego zniekształcona, spłaszczona, grzybiasto nasadzona na szyjkę. Zarysy jej i utkanie kostne nieregularne. Panewka również o zarysach nieregularnych, miejscami o strukturze zagęszczonej. Szpara zatarta, zachowana. Główka prawej kości biodrowej również spłaszczona o utkaniu kostnym niejednolitym, częściowo zagęszczonym. Panewka o zarysach dość gładkich, o utkaniu sklerotycznym. Szczelina stawowa regularna, konturowana.

nego stopnia, iloraz inteligencji 60. Budowa nieprawidłowa, nieproporcjonalna, postawa pochylona ku przodowi, chód kaczkowaty z większym wychyleniem się w stronę lewą. Wzrost chorej 142 cm, wzrost należny 146 cm. Waga chorej 62,5 kg, waga należna — 36,7 kg.

Zwraca uwagę znaczna otyłość tułowia i ud (Rys. I i II) o charakterystycznym umiejscowieniu tłuszczu na brzuchu, biodrach, piersiach oraz w okolicy pośladków. Tułów potężny o szerokim pasie biodrowym, stanowi wyraźny kontrast z prawidłowo wykształconymi kończynami górnymi oraz dolnymi o małych stosunkowo dłoniach i stopach. zakończonych drobnymi palcami. Na skórze pośladków i ud wyraźne rozstępy skórne. Trójkąt Michaelisa bardzo wyraźnie zaznaczony, o szerokości 12 cm. Narządy wewnętrzne bez większych zmian chorobowych. Uwłosienie prawidłowe. Narządy płciowe zewnętrzne rozwinięte prawidłowo. Badanie ginekologiczne wykazało niedorozwój macicy. Układ kostno-stawowy: ruchomość kręgosłupa poza lordotycznie ustawionym odcinkiem lędźwiowym swobodna. Kończyny górne: ograniczenie ruchu w zgięciach w stawach śródręczno-paliczkowych obydwu dłoni do 160°. Kończyny dolne — wymiary:

prawa — długość od kolca górnego biodrowego do pięty 85 cm.

lewa — długość od kolca górnego biodrowego do pięty 82 cm.

prawa — długość od krętarza dużego do główki kości piszczelowej 46 cm.

lewa — długość od krętarza dużego do główki kości piszczelowej 44 cm.

Mięśnie obydwu kończyn dolnych dobrze rozwinięte. Ruchy w stawach biodrowych ograniczone. Objaw Trendelenburga obustronnie zaznaczony. Ustawienie kończyny dolnej prawej w zgięciu biodrowym w stawie pod kątem 160°, ruchy odwiedzenia do kąta 135°, ruchy przywiedzenia 140°, ruchy rotacyjne w zakresie — 10°. Stawy kolanowe: obydwie rzepki ustawione w pozycji zwichnięcia bocznego o ograniczonej ruchomości, nieznacznie bolesne przy obmacywaniu, zwłaszcza po stronie lewej.

Z badań laboratoryjnych na uwagę zasługują:

Odczyn Biernackiego 17/27.

Badanie składu morfologicznego krwi: Hb. 77%, c. cz. 3.960,000, c. b. 5000.

wzór: Segm.	Eoz.	Mo.	Li.
54%	3%	6%	37%

Poziom wapnia w surowicy 12,6 mg%.
Odczyn Wassermanna we krwi — ujemny.
Poziom cholesterolu we krwi 200 mg%.
Podstawowa przemiana materii — 3%.
Płyn mózgowo-rdzeniowy bez zmian patologicznych, odczyn WR ujemny.

Badanie okulistyczne: pole widzenia prawidłowe, dno oka bez zmian.

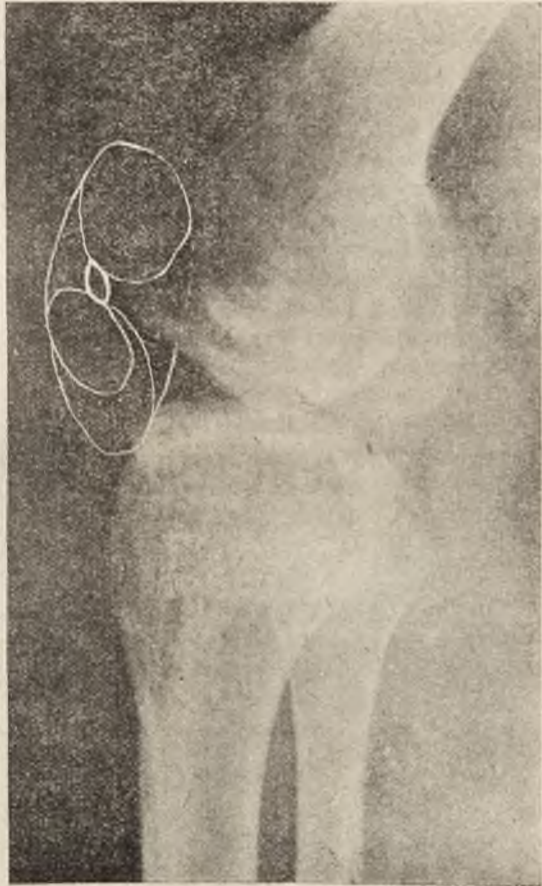
Badanie poziomu cukru we krwi po obciążeniu 50 g glukozy:

poziom cukru na czczo		86 mg%
„ „	po 30′	116 mg%
„ „	po 60′	137 mg%
„ „	po 90′	147 mg%
„ „	po 120′	130 mg%

Badanie poziomu cukru we krwi po wstrzyknięciu 20 j. insuliny:

poziom cukru na czczo		116 mg%
„ „	po 15′	70 mg%
„ „	po 30′	33 mg%

Badania rentgenologiczne (z Zakładu Radiologii A. L. G. Kierownik Prof. Dr Ks. Rowiński).



Rys. IV

Stawy kolanowe

Kości tworzące stawy kolanowe o nasadach zniekształconych i utkaniu kostnym porotycznym, miernie odwapnione. Rzepki obie położone po zewnętrznej stronie ud, obwodowo.

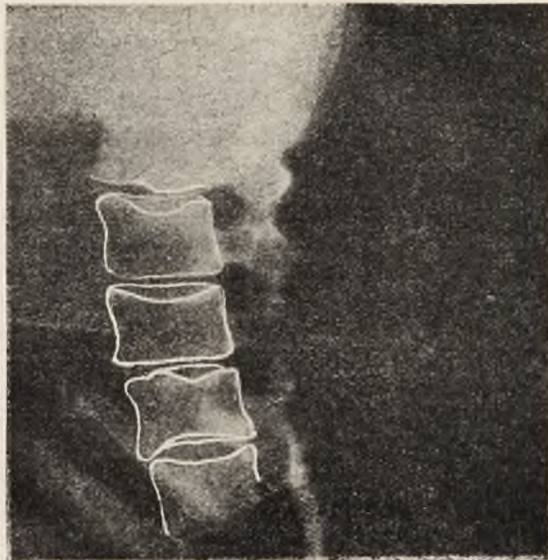
Rzepka lewa odwapniona, o strukturze kostnej nieregularnej, podzielona na cztery fragmenty kostne, poprzedzielane tkanką chrzęstną.



Rys. V

Czaszka

Kości sklepienia miernej grubości. Czaszka o typie czaszki wieżowej, średniej wielkości. Szew wieńcowy bardziej zarośnięty w porównaniu ze szwem potylicznym. Waskularyzacja prawidłowa. Odciski palczaste umiarkowanie zaznaczone. Zwapnień wewnątrzczaszkowych nie stwierdza się. Podstawa czaszki skrócona. Siodełko tureckie wybitnie małe, płytkie. Wyrostki pochyłe przednie i tylne szerokie. Zatoki boczne nosa z wyjątkiem klinowej dobrze powietrzne. Szczęka górna wysunięta do przodu.



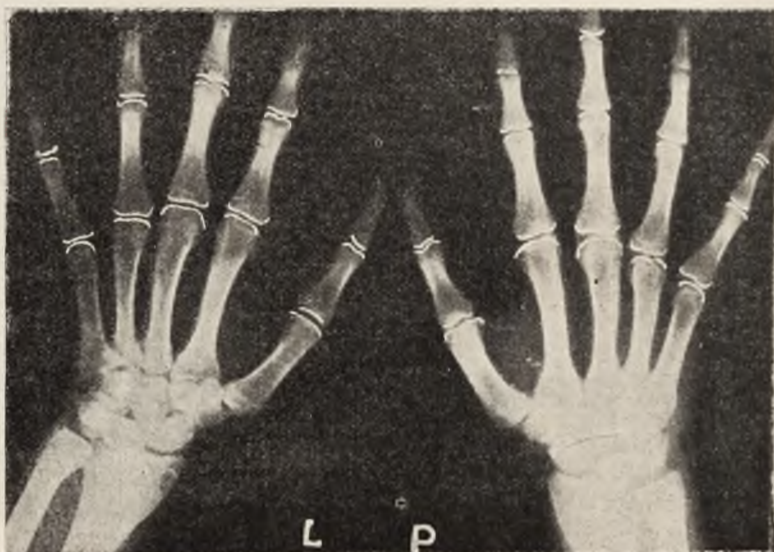
Rys. VI

Kręgosłup lędźwiowy

Lekkie esowate wygięcie kręgosłupa piersiowo-lędźwiowego ze słabo zaznaczoną lordozą i promontorium. Trzony górnych kręgów lędźwiowych po stronie prawej lekko spłaszczone. Zmiany deformacyjne na krawędziach dolnych kręgów lędźwiowych. Szpary międzykręgowe nierównej szerokości, z zagęszczeniem utkania kostnego na krawędziach kręgów z nimi sąsiadujących.



Rys. Va



Rys. VII

Dłoń prawa

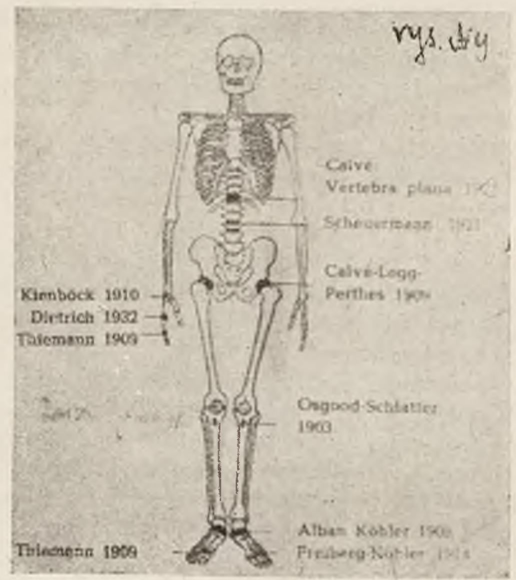
Spłaszczenie główek kości śródręcza. Zwężenie szpar stawowych pomiędzy nimi a kośćmi palców, zwłaszcza trzeciego i czwartego. Utkanie kości prawidłowe.

Już na pierwszy rzut oka typ somatyczny chorej o budowie nieproporcjonalnej, o niezwykle charakterystycznym wyglądzie tułowia (Rys. I i II) z otłuszczeniem znacznego stopnia (nadwaga w stosunku do wieku 30 kg), o typowym rozmieszczeniu tłuszczu nasuwa prawdopodobieństwo istnienia w danym przypadku zespołu F r ö h l i c h a - B a b i ń s k i e g o, będącego wyrazem niedomogi czynnościowej przedniej części przysadki. Jako uzupełnienie zespołu objawów danej jednostki chorobowej należy uwzględnić hipogenitalizm, który u naszej chorej choć pozornie nie rzuca się w oczy, gdyż narządy płciowe zewnętrzne są dobrze rozwinięte, jednakże istnieje. Badanie ginekologiczne zestawione wykazało niedorozwój macicy, a periody, które co prawda pojawiły się przed rokiem, ale mają raczej charakter sporadycznych, niewielkich krwawień, występujących nieregularnie w dużych odstępach czasu. Tego rodzaju niewspółmierność między nasileniem niedorozwoju płciowego, a zwyrodnieniem tłuszczowym w zespole F r ö h l i c h a - B a b i ń s k i e g o były niejednokrotnie opisywane przez różnych klinicystów (J o r e s, B a u r, R i v o i r e). Autorzy ci uważają, że zachodzi tutaj rozszczepienie w nasileniu wydzielania hormonu gonadotropowego oraz innych hormonów przedniej części przysadki. Pod tym względem na uwagę zasługują między innymi różnorodne postacie karłowatości pochodzenia przysadkowego, w których z jednej strony hipogenitalizm jest słabo zaznaczony, jak np. w postaciach opisanych przez B a u r a lub też w przypadkach H a n h a r d t a, gdzie występuje znaczne zwyrodnienie tłuszczowe o podobnym rozłożeniu tłuszczu, jak w zespole F r ö h l i c h a - B a b i ń s k i e g o.

R i v o i r e uważa za postacie poronne te przypadki zespołu zwyrodnienia tłuszczowo-płciowego (dystrophia adiposo — genitalis), które mają stosunkowo słabiej wyrażony hipogenitalizm, jak to stwierdzamy u naszej chorej. Reszta zespołu objawów, który przedstawia nasza chora zachowuje się dość charakterystycznie, jak w przebiegu zwyrodnienia tłuszczowo-płciowego. Zarówno cechy psychiczne, jak i wyniki badań laboratoryjnych stanowią uzupełnienie typowego obrazu klinicznego. Jako czynnik etiologiczny danego zespołu chorobowego można by przyjąć niedorozwój przysadki, za czym przemawia obraz Rtg. siodełka tureckiego, którego rozmiary są bardzo małe, co zostało stwierdzone na kilku zdjęciach wykonanych w różnych płaszczyznach (Rys. V).

Większość autorów (A s s m a n n, J o r e s, M a r k s i inni) podkreśla, iż usposobienie chorych z zespolem tłuszczowo-płciowym cechuje właśnie pewnego rodzaju otępienie psychiczne ze skłonnościami do wybuchów afektywnych, natomiast niedorozwój psychiczny oraz otępienie inteligencji nie są typowe dla danego schorzenia. W naszym przypadku można by myśleć ponadto o możliwości upośledzenia czynnościowego tarczycy, co odbija się ujemnie na rozwoju umysłowym chorej. Jako wyraz zaburzeń w zakresie wydzielania hormonów metabolicznych przysadki może służyć zachowanie się poziomu cukru we krwi po obciążeniu glukozą. Powolny wzrost oraz płaski przebieg krzywej, długie utrzymywanie się nieznacznego wzniesienia krzywej przemawia za obniżeniem tolerancji na węglowodany. Natomiast znaczne obniżenie się poziomu cukru we krwi (do 33 mg%) po wstrzyknięciu 20 j. insuliny dowodzi zwiększenia wrażliwości na ten hormon, co zależy od upośledzenia wydzielania hormonu przeciwinsulinowego w niedomodze przedniego płata przysadki (A s s m a n, J o r e s, R i v o i r e). Zarówno obniżenie tolerancji na węglowodany, jak i podwyższenie wrażliwości na insulinę są wyrazem zaburzeń w gospodarce węglowodanowej, która często występuje w zespole F r ö h l i c h a - B a b i ń s k i e g o. Natomiast niedorozwój psychiczny, co zostało już podkreślone powyżej, obniżenie podstawowej przemiany materii oraz dodatni wpływ preparatów tarczycowych, które przyczyniły się w znacznym stopniu do ogólnego polepszenia stanu zdrowia chorej, mogą do pewnego stopnia przemawiać za współistnieniem zaburzeń wielogruczołowych, gdzie oprócz pierwotnego upośledzenia wydzielania przedniego płata przysadki występuje wtórne upośledzenie czynności tarczycy, jajników, a może i grasicy.

Poza wyżej opisanym zespołem zaburzeń ze strony gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym przypadek nasz przedstawia daleko posunięte zmiany chorobowe w zakresie niemal całego układu kostnego, najsilniej zaznaczone jednak w obrębie stawów biodrowych. Zmiany te polegające na rozległym zniekształceniu główek kości udowych, które przybrały kształt grzyba nałożonego na szyjkę, robią wrażenie zupełnego zaniku główki. Jednocześnie szpary stawowe, zwłaszcza po stronie lewej, uległy wyraźnemu zwężeniu. W zakresie panewki stawowej stawu biodrowego stwierdza się w obrazie Rtg. znaczne wysycenie cienia (Rys. III). Zmiany te wskazują na bardzo wczesny okres uwapniania się elementów stawowych



Ryc. VIII

oraz przedstawiają obraz bardzo wczesnego zakończenia procesu rozwojowego chrząstki stawowej. Zdjęcie Rtg. stawów wykazuje dysproporcję w rozwoju u dziecka 14-letniego dając obraz, jaki spotykamy zwykle u osobnika dojrzałego. Powyższe zmiany zniekształcające doprowadziły do nadwichnięcia obydwu zdeformowanych główek, do skrócenia względnego kończyn dolnych, a w szczególności lewej, powodując w wyniku deformacji chód o charakterze kaczkowatym. Obraz ten przypomina jednostkę chorobową znaną pod nazwą zespołu L e g g — C a l v e — P e r t h e s'a (osteochondritis, a raczej może osteochondrosis coxae juvenilis).

Podobne zmiany stwierdzamy w naszym przypadku i w innych częściach układu kostnego, jakkolwiek zmiany te są słabiej wyrażone niż w stawach biodrowych (Rys. VIII). Dotyczą one stawów kolanowych (Rys. IV), stawów śródręczno-paliczkowych (Rys. VII), kręgów lędźwiowych (Rys. VI) oraz rzepki lewej (Rys. IV). W tej ostatniej obraz Rtg. przypomina schorzenie opisane przez S i n d i n g — L a r s e n a, a potem J o h a n s s e n a jako zapalenie rzepki okresu wzrostu, a przez S t o g u e r a jako osteochondritis patellae, ujawniające się nieregularnymi obrysami kształtu i uwapnieniem z dodatkowym jądrem kostnienia, dzielącym rzepkę na kilka fragmentów. Schorzenie to ponadto przypomina obraz rzepki podzielonej (patella partita). Obie te sprawy stoją ze sobą w bliskim stosunku etiologicznym. Zmiany powyższe występowały u naszej chorej w przebiegu schorzenia, ustalając stopniowo deformację rzepki dzięki wczesnemu okresowi ukończenia wzrostu chrząstki i przyspieszeniu jej kostnienia.

Istota powyższych patologicznych procesów kostnych w zakresie kości udowych w zespole L e g g — C a l v e — P e r t h e s a polega na ogniskowej, jałowej martwicy części nasadowej główki kości udowej (epiphysis), rozwijającej się równocześnie z resorbcją i wtórną regeneracją łącznotkankową i kostną części dotkniętych rozpadem, co stwarza w końcu obraz fragmentarycznej, bezładnej, zniekształconej struktury kostnej, uformowanej w postaci czepca czy grzyba nasadzonego na szyjkę kości udowej.

Choroba L e g g — C a l v é — P e r t h e s'a została opisana równocześnie przez L e g g'a w Bostonie, W a l d e n s t r ö m m a w Szwecji (1909), C a l v e we Francji i P e r t h e s'a w Niemczech (1910), znana jest dzisiaj pod nazwami osteochondritis coxae juvenilis, caput planum, coxa plana, necrosis aseptica capitulum femoris, jak również jako osteochondrosis coxae.

Na podstawie obfitego piśmiennictwa na ten temat można już dziś ustalić zespół cech charakteryzujących daną jednostkę chorobową. Schorzenie to, dotyczące części nasadowej (epiphysis) główki kości udowej, występuje najczęściej u dzieci w wieku lat 5 do okresu dojrzewania, przy czym u chłopców 6-krotnie częściej niż u dziewcząt. W powstawaniu tego zespołu odgrywają rolę nie tylko zjawiska biologiczne, ale i mechaniczne, jak ruch, urazy itp. przy czym czynniki dziedziczne nie odgrywają tutaj większej roli. Proces chorobowy dotyczy często również i tkanek otaczających, uszkadzając powierzchnię stawową i torebkę stawu, co w następstwie doprowadza do nadwichnięć lub nawet do zupełnych zwichnięć w stawach biodrowych. Badanie histopatologiczne stwierdza obraz martwicy aseptycznej, rozsianej w postaci niewielkich ognisk w części nasadowej, występującej wysepkami wśród młodej tkanki tak, iż rozgraniczenie tkanki kostnej nieuszkodzonej od obumarłej jest makroskopowo niemożliwe. Natomiast wyraźniejsze różnice występują w zakresie szpiku kostnego, gdzie żółto-szare ogniska tkanki tłuszczowej wykazują wyraźne granice zmian patologicznych, podczas gdy biopsja kości i chrząstki poza niewielką ilością płynnej treści uchwytnych zmian nie wykazuje.

W obrazie histopatologicznym obumieranie komórki idzie równolegle ze zmianami w układzie kollagenowym włókien kostnych, powodując ich nieprawidłową łamliwość, zaznaczoną zwłaszcza w warstwie gąbczastej (A x h a u s e n). Zmiany te doprowadzają w następstwie do samoistnych złamań włókienkowych oraz zapadania się struktury kostnej, dającej w późniejszym obrazie zniekształcenie nasady główki kości udowej. Podobne zmiany mogą powstać w różnych miejscach dziecięcego szkieletu, jak to zachodzi w naszym przypadku. Najczęściej jednak zmiany chorobowe ograniczają się do poszczególnych odcinków szkieletu, opisywanych w postaci oddzielnych jednostek chorobowych. Spośród najbardziej znanych należy wymienić chorobę (osteochondrosis os. metatarsi et naviculare pedis) K i e n b ö c k a (osteochondritis os lunatum), O s g o o d-S c h l a t t e r a (apophisitis tuberositas tibiae), S i n d i n g - L a r s e n a (osteochondritis patellae), S c h e u e r m a n n a (kyphosis dorsalis juvenilis) oraz C a l v e — (vertebra plana).

Biologicznym skutkiem martwicy kostnej, jaka powstaje w przebiegu choroby L e g g - C a l v e-P e r t h s e'a oraz innych martwic wieku dziecięcego, jest rozbudzenie intensywnych procesów regeneracyjnych. Szpik kostny w chwili rozprzestrzeniania się części martwiczo zmienionych daje materiał do procesów odbudowy przez naprzemienną, a zarazem nieregularną resorbcję i odbudowę tkanek uszkodzonych. W końcowej fazie przemian występuje uprządkowanie struktury wewnętrznej kości i wzmocnienie nowo utworzonych beleczek kostnych przy zachowaniu zniekształceń, powstałych w związku z większą plastycznością zmienionej chorobowo tkanki. Okres ten w obrazie Rtg. przedstawia się jako szereg wyjaśnień i cieni. W fazie końcowej daje Rtg. obraz wybitnie zniekształconej w postaci grzyba lub też kapelusza główki kości udowej, osadzonej na znacznie krótszej szyjce. Jednocześnie spotyka się w tym okresie rozsiane ogniska większego nasycenia cieni nie tylko w obrębie zniekształconej główki kości udowej, ale także i w okolicy panewki stawowej. U naszej chorej powyższe procesy regeneracyjne są zaznaczone wyraźnie w postaci

licznych ognisk wzmożonego kostnienia widocznych na zdjęciach Rtg. W ten sposób powstała ograniczona aseptyczna martwica nasady zostaje oddzielona przez warstwę tkanki łącznej i chrzęstnej włóknistej od pozostałej ożywionej części przynasadowej.

Zagadnienie mechanizmu powstawania zmian chorobowych w zespole Legg — Calve — Perthesa, jak również czynników etiologicznych tego schorzenia, pozostaje nadal kwestią niewyjaśnioną. Próba uzasadnienia tezy, że ogniska martwicze powstały na tle zmian zapalnych współistniejących w organizmie nie utrzymała się, wobec stwierdzenia stale występującej jałowości tkanek dotkniętych zmianami chorobowymi. Dużo stosunkowo poświęcono miejsca teorii zatorowego pochodzenia ognisk martwiczych. Głównym argumentem przeciwko tej teorii są stosunki anatomiczne naczyń krwionośnych, nie uzasadniające ani charakteru, ani kształtu, ani rozległości chorobowo zmienionych ognisk kostnych (Nusbaum). Jednakże Schmorl stwierdził na autopsji świeże i stare martwice klinowe, podobne do powstałych skutkiem zatorów, a Konietzny w badaniach nad chorobą Köhlera znalazł zmiany w świetle naczyń krwionośnych i błonie wewnętrznej zbliżone do zmian istniejących przy organizacji zakrzepów. Z teorią zatorową wiążą się badania uczniów Leriche'a (1934) oraz badaczy amerykańskich, stwierdzające obliteracje tętnic więzadła obłego główki kości udowej, względnie uszkodzenie tego więzadła, co ma spowodować w następstwie postępującą martwicę nasady główki kości udowej. Również mało przekonywująco przedstawia się geneza nagłego zamknięcia światła naczynia na tle urazu, czy to przez zgniecenie, czy też przegięcie torebki i ich wpływu na wywołanie martwicy wg Aschoffa.

Nieliczni autorzy wspominają także o spastycznym skurczu naczyń na tle zaburzeń w układzie wegetatywnym. Wielu klinicystów wyraża przypuszczenie wpływu czynników hormonalnych na powstawanie i rozwój choroby Legg — Calve — Perthes'a. Należy jednakże podkreślić, że poza opisem tej jednostki chorobowej u karłów pochodzenia przysadkowego (Ecke, Assmann i inni) niewiele można spotkać w piśmiennictwie lekarskim przykładów klinicznych będących dowodem słuszności tego przypuszczenia.

Przypadek nasz może stanowić pod tym względem dowód o specjalnej wartości klinicznej, ponieważ zarówno zespół schorzenia wielogruczołowego z przewagą niedomogi przysadki, jak również zaburzenia w zakresie chrząstek przynasadowych są bardzo wyraźnie zaznaczone. Dalszym dowodem etiologicznej zależności obydwu tych zespołów chorobowych może służyć fakt ich niemal równoczesnego powstania i równoległy rozwój w czasie oraz pewien dodatni wpływ leczniczy preparatów hormonalnych (wyciągi z przedniego płata przysadki oraz gruczołu tarczowego). Stan bowiem chorej podczas długotrwałego pobytu w Klinice przy stosowaniu leczenia hormonalnego uległ poprawie, bóle ustąpiły zupełnie, chód nieco poprawił się, a w obrazie Rtg. wystąpiły wyraźne objawy zahamowania postępu procesu chorobowego, przy czym zanotowano znaczny spadek wagi.

Coffey uważa, że zaburzenia w prawidłowym kostnieniu mogą również występować w przebiegu niedomogi tarczycy, które ujmuje jako „cretinoid epiphysal dysgenesis". Przypominają one do pewnego stopnia obraz młodzieńczej martwicy przynasadowej (osteochondrosis juvenilis).

Różnica tych dwóch schorzeń polega na tym, że w niedomodze tarczycy występują bardzo liczne dodatkowe ogniska kostnienia. Marks i Falta opisali obecność różnych zaburzeń kostnienia w zespole tłuszczowo - płciowym. W świetle powyższych spostrzeżeń wydaje się prawdopodobnym, iż pierwotne zmiany w przysadce w sensie jej niedorozwoju, warunkując upośledzenie wydzielania hormonów przedniego płata, doprowadziły do powstania zespołu Fröhlicha — Babińskiego oraz spowodowały szereg zaburzeń wielogruczołowych, przyczyniając się w następstwie do zmian patologicznych w zakresie chrząstek nasadowych i dały obraz zbliżony do choroby Perthesa wraz z szeregiem zmian podobnego charakteru w innych częściach szkieletu.

Dokładniejsze obserwacje kliniczne przypadków pod tym kątem widzenia z podobnymi zmianami w układzie kostnym i zwrócenie uwagi na współistnienie dyskretnych, nieraz mało uchwytnych objawów niedomogi gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym, pozwolą na pogłębienie wiadomości o zespole czynników patogenetycznych, współdziałających w powstawaniu choroby Legg — Calve — Perthesa w szczególności, a różnych postaci martwicy aseptycznej młodzieńczej w ogóle. Być może, iż na drodze pogłębiania dociekań patogenetycznych można będzie z czasem ująć większość tych, dziś wyodrębnionych i oddzielnie opisywanych jako osobne jednostki chorobowe, postaci martwic młodzieńczych jako jeden zespół kliniczny o różnym nasileniu objawów i rozprzestrzenianiu się procesu chorobowego, mających tę samą istotę zmian anatomo-patologicznych, podobny mechanizm powstawania i przebieg kliniczny schorzenia, a nade wszystko te same czynniki etiologiczne.

PIŚMIENNICTWO:

H. Assmann, H. Nark et al: Innere Sekretion, Berlin 1941. — Baur-Fischer-Lenz: „Erbpatologie" München (Berlin 1940). — Büttner: Arch. f. klin. Chir. 136,4. — Callot: Presse méd. 32,88. — A. T. Cameron: Recent Advances in Endocrinology London 1945. — J. Coffey: „Pediatre X Ray Diagnosis", Chicago 1946. — Jönsson G.: Acta Radiologica 1942, 23, 5,562. — Jores Arthur: Klinische Endokrinologie Berlin 1942. Meyer et Sichel: Journal de Radiolog. 9, 4. — Neyrond M.: Schweiz. Med. Woch. Nr 37/38, rok 1947, str. 1000. — Rivoire R. et al.: Choroby gruczołów dokrewnych. Warszawa 1939. — Roussy G. et M. Mossinger: Traite de Neuroendocrinologie, Paris 1946. — Shauds A. R.: Flandbook of orthopedie Surgery. St. Louis 1940.

SUMMARY

Fröhlich — Babiński's syndrome with the bone lesions

by J. Krzemińska-Ławkowicz, M. D. and A. Maciejewski, M. D.

The autors describe a case of polyglandular deficiency known by the name of Fröhlich-Babiński's syndrome associated with impared ossification of paraepiphyseal cartilages. In the described case the bone lesions were contined mainly to the head of the humerus which assumed the shape of a mashroom superimposed on the collum.

The clinical picture under discusion striktly resembles Legg-Calve-Perthes's syndrome. Simillar bone deformations where found in the region of metacarpo-falangeal joints, lumbar vertebrae and left patella.

The above described pathologic lesions are attributed to focal aseptic necrotic areas in paraepiphyseal region of the bone with concomitant resorption and proliferation (regenerative proceses of connective tissue. The autors stress the point that although the clinical picture of the described disease is well known the mecanism of the developement of pathologic changes, as well as etiologic factors still remain obscure.

The described case deserves for publication in view of the fact that polyglandular deficiency comned with bone changes may serve as pathogenetic background for the development of abnormal ossification of paraepiphyseal cartilages.

Jerzy MROZOWSKI Kraków

Gruźlica wśród młodzieży wyższych uczelni w Krakowie w latach 1946/47 i 1947/48.

Z I Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J.
Kierownik: Prof. Dr Leon Tochowicz

Wstęp.

Nowoczesne postulaty organizacji walki z gruźlicą płuc wymagają przede wszystkim posiadania dokładnych danych co do rozpowszechnienia choroby. W myśl tego założenia Akademicka Opieka Zdrowotna w Krakowie przeprowadza od 3 lat na początku każdego roku akademickiego badania radiologiczne studentów wyższych uczelni metodą zdjęć małoobrazkowych według Abreu-Holfeldera. Same zdjęcia są wykonywane w Zakładzie Radiologicznym Ubezpieczalni Społecznej w Krakowie pod kierownictwem dra med. J. Dorawskiego.

Pierwsze masowe badanie odbyło się jesienią 1946 roku, opracowaniem wyników jego zajmował się Tochowicz oraz Cholewa. Naszym zadaniem będzie podać wyniki z r. akad. 1946/47 i 47/48.

Tochowicz domaga się, aby przez pierwsze 5 lat poddawać badaniu wszystkich studentów, a następnie będzie można ograniczyć się do badania nowo wstępujących i mieszkańców domów akademickich; to żądanie pokrywa się zasadniczo ze zdaniem autorów zagranicznych (Rusby).

Frekwencja do badań

Do badań radiologicznych stawiło się w r. akad. 1946/47 67%, a w roku akad. 1947/48 85% ogółu zapisanych studentów. Dla porównania podamy, iż frekwencja w innych ośrodkach akademickich wynosiła w r. 1945/46 przeciętnie 50% (Telatycki); w Krakowie w tymże roku 61% (Cholewa). Z poszczególnych krakowskich uczelni (tablica I) frekwencja wynosiła w granicach od 5—94 proc., ściśle zależąc od przestrzegania zarządzeń Akademickiej Opieki Zdrowotnej przez odpowiednie czynniki administracyjne na danych uczelniach.

Podział gruźlicy płuc dla celów statystycznych

Dla celów statystycznych podzieliliśmy chorych studentów z rozpoznaniem radiologicznym gruźlicy płuc na 3 grupy, zależnie od aktywności sprawy chorobowej, mianowicie na gruźlicę czynną, podlegającą obserwacji i wygojoną. Podział ten zasadniczo odpowiada autorom krajowym, jak i zagranicznym.

Do grupy gruźlicy czynnej zaliczamy zdjęcia, według których radiolog rozpoznał zmiany naciekowe lub rozpadowe, w szczególności bronchadenopathia activa, infiltratio tbc recens (Asman), tbc infiltrativa, tbc fibro-nodosa, tbc fibro-caseosa, tbc cavernosa, tbc miliaris, pleuritis exsudativa, pneumothorax, sero-pneumothorax.

Do grupy gruźlicy podlegającej obserwacji zaliczamy zdjęcia, które radiolog rozpoznał jako podejrzane o zmiany naciekowe lub rozpadowe oraz tbc fibrosa, peribronchitis tbc, status post phrenicoexhairesim, status post thoracoplasticam, przy równoczesnym braku innych zmian kwalifikujących do grupy gruźlicy czynnej.

Do grupy gruźlicy wygojonej zaliczamy: complexus primarius calcareus, focus primarius calcareus, bronchadenosis indurativa, calcificationes gland. hilorum, synechiae pleurales, calcificationes pleurae.

Musimy podkreślić, że na podstawie wyników badań radiologicznych nie można wnioskować o biologicznej czynności procesu chorobowego.

Ogólne wyniki

W r. akad. 1946/7 (tabl. II.) wśród 14.151 badanych osób znaleźliśmy gruźlicy czynnej 2,54%, wymagającej obserwacji 6,81%, wygojonej 39,61%. W porównaniu z wynikami z r. 1945/46 (Cholewa) notujemy spadek gruźlicy czynnej o 1,64% przy wzroście obserwacji o 0,18% i wzroście wygojonej o 3.41%.

W r. akad. 1947/48 badanych było 17097 słuchaczów, wśród nich wykryto 2,21% zmian czynnych, 6,62% wymagających obserwacji oraz 31,97% wygojonych; w porównaniu z rokiem poprzednim

widzimy dalszą obniżkę odsetka gruźlicy: czynnej o 0,33%, obserwacji o 0,19%, wygojonej o 7,64%.

Dla porównania podamy, że przed wojną zagruźliczenie wyższych uczelni wynosiło w granicach 2—4% zmian wymagających leczenia, 4—7% obserwacji i 15—32% wygojonych (G r a b o w s k i i H o r n u n g, L a t k o w s k i i K a r a s i ń s k i, K a n i a k). T o c h o w i c z zwraca uwagę na fakt, iż przed wojną Kraków był najbardziej zagruźliczonym ze wszystkich polskich ośrodków uniwersyteckich. Dane z okresu powojennego dla akademików przedstawiają się następująco: C h o l e w a w Krakowie w r. akad. 1945/46 wykazał 4,7% zmian czynnych, 6,63% obserwacji i 36,2% wygojonych. Zestawienie T e l a t y c k i e g o (z r. 1945/46) obejmujące wszystkie środowiska akademickie (bez Krakowa) podaje cyfry 0,65%—2,5% zmian czynnych i 3—5% obserwacji. S c h r e i b e r (dane z Poznania z r. akad. 1945/46) podaje 6.64% gruźlicy prawdopodobnie niewyleczonej (tj. suma gruźlicy wymagającej leczenia i obserwacji). S k i b i ń s c y (r. akad. 1945/46) podają z Wrocławia gruźlicy czynnej 2,1%, obserwacji 2,67%, wygojonej 26,4%.

Z wyżej przytoczonych cyfr wynika, że środowisko akademickie krakowskie obecnie po wojnie nadal zajmuje pierwsze miejsce w zagruźliczeniu wśród innych ośrodków uniwersyteckich kraju, jakkolwiek w poszczególnych latach sprawozdawczych gruźlica opada.

Tablica I.

Frekwencja i wyniki z poszczególnych uczelni

UCZELNIA	Rok akademicki	Ilość zapisanych	Ilość badanych	% badanych	GRUŹLICA W %		
					czynna	obserwacja	wygojona
Uniwersytet Jagielloński	46/7 47/8	12644 0535	8883 9848	70 93	2,52 2,25	6,61 6,23	38,78 31 94
Akademia Handlowa	46/7 47/8	3267 3020	183[illegible] 2317	56 77	2,51 1,81	6,93 6,82	41,21 30,77
Wydziały Politechniki	46/7 47/8	866 2500	1527 2103	82 84	2,49 2	6,35 6,94	38.89 32,61
Akademia Górnicza	46/7 47/8	1401 1440	965 1348	69 94	2,18 1,85	7,77 6,60	42,18 32 94
Akademia Sztuk Pięknych	46/7 47/8	449 440	324 393	72 89	4,63 4,83	8,95 7,12	45.37 34,86
Wyższa Szkoła Nauk Społecznych	46/7 47/8	1118 1652	5[illegible]3 886	45 54	2,75 2,93	9,[illegible]5 9,37	42 32 30,81
Wyższa Szkoła Sztuk Plastycznych	46/7 47/8	153 230	106 150	68 65	0 94 0,67	0 94 7,33	38 68 31,33
Państwowa Wyższa Szkoła Muzyczna	46/7 47/8	1[illegible]8 190	6 52	5 28	0 1,92	0 5,77	66 38,46

W y n i k i z p o s z c z e g ó l n y c h u c z e l n i

Odsetki gruźlicy na poszczególnych uczelniach (tabl. I) w r. 1946/47 przedstawiały się dość jednolicie: ca 2,5% zmian czynnych, ca 7% obserwacji i ca 40% wygojonych.

Badania z r. 1947/48 notują ogólny spadek. Wyjątek stanowi Akademia Sztuk Pięknych i Wyższa Szkoła Nauk Społecznych, gdzie gruźlica wzrosła, a w roku poprzednim słuchacze tych uczelni wykazywali najwyższy poziom zagruźliczenia z całego środowiska akademickiego krakowskiego. Najniższe wartości gruźlicy w obu latach były wśród studentów Wyższej Szkoły Sztuk Plastycznych.

Wyniki i frekwencja do badań z poszczególnych uczelni dają wskazówki, gdzie należy w przyszłości szukać gruźlicy; Akademicka Opieka Zdrowotna i jej Poradnia Przeciwgruźlicza w całej pełni ten materiał wykorzystuje.

Tablica II.

Gruźlica w zależności od wieku badanych

Wiek badanych	Rok akadem.	Ilość badanych	Gruźlica w %		
			czynna	obserwacja	wygojona
Poniżej 20 lat	946/47 47/48	1204 1504	1,68 0,79	3.48 4,52	33,05 28.26
20 — 25 lat	46/47 47/48	8645 10805	2,38 2,02	6 17 5,68	38,20 30,83
26 — 30 lat	46/47 47/48	2812 3418	2,88 2,60	7 85 8.66	43.67 34.52
31 — 35 lat	46/47 47/48	904 763	3,4 4,2	13,3 10 8	43.8 36,2
Powyżej 35 lat	46/47 47/48	586 607	3,6 4,4	11,1 11.7	47,9 40,8
R a z e m	46/47 47/48	14151 17097	2,54 2,21	6,81 6,62	39 61 31,97

G r u ź l i c a a w i e k

Nasze badania potwierdzają zasadę ogólnie przyjętą, że zagruźliczenie wzrasta stopniowo z wiekiem (B r o c k s, C l i v e (cyt. Rusby), Z i e r (cyt. Cholewa), C h o l e w a, S c h r e i b e r). Najniższe wartości odsetka gruźlicy znajdujemy w grupie wieku poniżej 20 lat (tabl. II), najwyższe wśród najstarszych wiekiem studentów, tj. w grupie ponad 35 lat; w r. akad. 1946/47 wśród najmłodszych gruźlicy czynnej było 1,66%, obserwacji 3,48%, wygojonej 33,05%, zaś wśród najstarszych zmian czynnych 3,58%, obserwacji 11,1%, wygojonych 47,9%.

W roku 1947/48 cyfry te wynosiły dla gruźlicy czynnej 0,79%—4,4%, dla obserwacji 4,52%—11,7%, dla wygojonej 28,26%—40.8%.

Porównując odsetki poszczególnych grup wieku należy podkreślić, że w r. 1947/48 gruźlica czyn-

na wykazuje niższe wartości w rocznikach do lat 30, ponad 30 lat wzrasta w stosunku do odsetków r. 1946/47. Poziom zmian wymagających obserwacji w r. 1947/48 jest nieznacznie wyższy, co można tłumaczyć tym, że przy leczeniu się zmian czynnych musi przejściowo wzrastać obserwacja. Gruźlica wygojona w drugim roku statystycznym (sprawozdawczym) wykazuje spadek, wahający się od 4,79%—9,15%; wytłumaczyć tego zjawiska nie jesteśmy w stanie.

W porównaniu z Cholewą (rok 1945/46) obserwujemy obniżkę odsetka gruźlicy czynnej w poszczególnych grupach średnio o 2%, natomiast w stosunku do Schreibera (akademicy Poznania) i Skibińskich (akademicy Wrocławia) cyfry nasze są przeciętnie o 3,5% wyższe, biorąc pod uwagę sumy gruźlicy wymagającej leczenia i obserwacji.

Tablica III.

Gruźlica w zależności od wieku i płci badanych

WIEK BADANYCH	Płeć	Rok akadem.	Ilość badanych	GRUŹLICA W %		
				czynna	obserwacja	wygojona
poniżej 20 lat	m	1946/47	645	1,9	3,6	35,0
	m	47/48	810	1,1	5,2	29 7
	k	46/47	559	1,4	3.4	30,8
	k	47/48	694	0 4	3,7	26,5
20 — 25 l.	m	46/47	5102	2.45	6,95	41 86
	m	47/48	6619	2,07	6,43	32 71
	k	46/47	3543	2,22	5,05	32,93
	k	47/48	4186	1,93	4,49	27,99
26 — 30 l.	m	46/47	1879	3,19	8,58	45,41
	m	47/48	2397	2,88	9,59	35,63
	k	46/47	936	2,2	6,4	40,2
	k	47/48	1021	1,96	6,46	31,93
31 — 35 l.	m	46/47	608	3,6	13,9	47,9
	m	47/48	555	4,8	11,3	36,6
	k	46/47	296	3,0	5,7	35,5
	k	47/48	208	2,4	9,6	35,1
powyżej 35 lat.	m	46/47	390	4,4	12,3	50,8
	m	47/48	436	5,7	13,1	42 6
	k	46/47	196	2,0	8,8	42,3
	k	47/48	171	1.1	8,2	36,2
Razem	m	46/47	8621	2,73	7.79	42,95
	m	47/48	10817	2,47	7.56	33,73
	k	46/47	5530	2 22	5 28	34,41
	k	47/48	6280	1,77	5,00	28,93

Gruźlica a płeć i wiek

Jeśli chodzi o problem zależności gruźlicy od płci, to zdania różnych autorów nie przedstawiają się jednolicie. I tak Grabowski z Hornungiem wśród lwowskiej młodzieży akademickiej znajdowali w r. 1932 o prawie jedną trzecią więcej gruźlicy u kobiet niż u mężczyzn (biorąc pod uwagę sumy odsetków zmian wymagających leczenia i obserwacji). Podobny wniosek wysnuli Trail i Clive (cyt. Rusby), badając pracowników angielskiego lotnictwa w latach 1942—44, notując również o jedną trzecią więcej gruźlicy u kobiet. Schreiber wśród polskich pracowników kolejowych w latach 1941—44 oraz wśród akademików Poznania (w r. 1945/46) znajdował o jedną trzecią więcej gruźlicy prawdopodobnie niewyleczonej u mężczyzn. Cholewa u akademików Krakowa również wykazał wśród mężczyzn częstszą gruźlicę przeszło o jedną drugą. Skibińscy z Wrocławia znajdowali przeszło o połowę więcej gruźlicy wymagającej leczenia wśród mężczyzn, próba tuberkulinowa Mantoux wypadła o 7,3% częściej u mężczyzn. Łącki znajdował wyższą zapadalność mężczyzn na gruźlicę wśród ludności Warszawy.

W naszej statystyce (tabl. III) otrzymaliśmy wyższe odsetki zmian gruźliczych u mężczyzn niż u kobiet. I tak w roku akad. 1946/47 wśród 8621 mężczyzn było zmian czynnych 2,73%, obserwacji 7,79% i wygojonych 42,95%; wśród 5530 kobiet gruźlicy czynnej 2.22%, obserwacji 5.28% i wygojonej 34,41%, czyli o przeszło jedną trzecią więcej zmian czynnych i wymagających obserwacji wśród mężczyzn.

W r. 1947/48 badanych było 10817 mężczyzn i 6280 kobiet, gruźlicy czynnej notowaliśmy u mężczyzn 2,47%, u kobiet 1,77%, podlegającej obserwacji u mężczyzn 7,56%, u kobiet 5.00%, wygojonej u mężczyzn 33,73%, u kobiet 28.93%, czyli przeszło o jedną trzecią częściej zmiany czynne i wymagające obserwacji występowały wśród mężczyzn.

Porównując ogólne wyniki nasze z wynikami Cholewy obserwujemy spadek zagruźliczenia u obu płci w jednakowym stopniu.

Teraz rozpatrzymy gruźlicę w zależności od płci i wieku. Wśród najmłodszych wiekiem (poniżej 20 lat) odsetki (średnia z 2 lat) wynosiły: gruźlica czynna u mężczyzn 1,5%, u kobiet 0,9%, obserwacja u mężczyzn 4,4%, u kobiet 3,5%, wygojona u mężczyzn 32.3%, u kobiet 28,6%; wśród najstarszych (powyżej 35 lat) zmian czynnych u mężczyzn 5%, u kobiet 1,5%, podlegających obserwacji u mężczyzn 12,7%, u kobiet 8,5%, wygojonych u mężczyzn 46,7%, u kobiet 39,2%.

Z powyższego zestawienia wynika, że w zależności od płci i wieku badanych gruźlica wzrasta z wiekiem u obu płci niejednolicie: wśród mężczyzn wzrost jest znaczniejszy, stąd też w poszczególnych grupach wieku są wyższe odsetki wśród mężczyzn.

Gruźlica a środowisko i wiek

A teraz rozpatrzymy, jak się przedstawiało w naszych badaniach zagruźliczenie młodzieży w zależności od środowiska, skąd pochodziła. Na podstawie wyników Ruchomej Kolumny Przeciwgruźliczej (r. 1936/37) Hornung wnioskował, że gruźlica wymagająca leczenia i obserwacji jest na wsi o 3% częstsza niż w mieście; zdanie to po-

Tablica IV.

Gruźlica w zależności od wieku i środowiska badanych

WIEK BADANYCH	Środowisko	Rok akadem.	Ilość badanych	GRUŹLICA W % czynna	obserwacja	wygojona
poniżej 20 lat	w	1946/47	225	2,2	3,1	40,4
	w	47/48	396	0,5	6,3	28,5
	m	46/47	979	1,5	3,6	31.3
	m	47/48	1108	0 90	3,88	28,15
20 — 25 l.	w	46/47	2096	1.81	6,87	40 21
	w	47/48	2984	1.94	5 99	33,08
	m	46/47	6549	2,56	5,95	37,56
	m	47/48	7821	2,04	5,56	30,05
26 — 30 l.	w	46/47	799	3,6	8,3	46,3
	w	47/48	1024	2.54	9,37	36,03
	m	46/47	2013	2 58	7.70	42,62
	m	47/48	2394	2,63	8,35	33,87
31 — 35 l.	w	46/47	273	2,9	12 4	45,4
	w	47/48	266	3,3	9,4	38,7
	m	46/47	631	3,6	10,8	43,1
	m	47/48	497	4,6	11,6	34,8
powyżej 35 lat	w	46/47	154	6,5	9 0	53,2
	w	47/48	187	3,7	13,3	44,4
	m	46/47	432	2,5	11,8	46,1
	m	47/48	420	4,7	10.9	39,3
Razem	w	46/47	3547	2,54	7.47	42,57
	w	47/48	4857	2,10	7 20	34,07
	m	46/47	10604	2,54	6,59	38,63
	m	47/48	12240	2,25	6,39	31,13

pierał również Chodźko (cyt. Telatycki). Telatycki uważa, że przed wojną siedzibą gruźlicy były głównie miasta, wiążąc ten problem z gęstością zaludnienia oraz że podczas wojny zaraza gruźlicza szeroką falą wlała się na wieś; krzywa zgonów na wsi z powodu gruźlicy płuc podnosi się i jeszcze nie osiągnęła swego punktu szczytowego, gdy w miastach opada. Natomiast Skibińscy wśród akademików Wrocławia znajdowali prawie 2 razy więcej zmian wymagających leczenia i obserwacji wśród pochodzących z miasta, jedynie tylko w grupie zmian opłucnowych wieś wykazywała nieznacznie większy odsetek.

Według naszej statystyki (tabl. IV) kwestia ta przedstawiała się następująco: w r. akad. 1946/47 przebadano 3547 pochodzących ze wsi i 10604 pochodzących z miasta; gruźlicy czynnej otrzymaliśmy jednakowe wartości dla wsi i miasta 2,54%, gruźlicy podlegającej obserwacji dla wsi 7,47%, dla miasta 6.59%, wygojonej dla wsi 42,57%, dla miasta 38,63%. W następnym roku wśród przebadanych 4857 ze środowiska wiejskiego i 12240 z miejskiego, cyfry są ogólnie niższe: zmian czynnych dla wsi 2,10%, dla miasta 2,25%, obserwacji dla wsi 7,20%, dla miasta 6,39%, wygojonych dla wsi 34,07%, dla miasta 31,13%. Gdy weźmiemy pod uwagę sumy gruźlicy czynnej i obserwacji w obu latach sprawozdawczych, to wypada przyjąć dla wsi o 1% częstsze występowanie gruźlicy.

W zależności od środowiska i wieku badanych stwierdzamy, że sumy odsetków gruźlicy wymagającej leczenia i obserwacji w odpowiednich grupach wieku są wyższe dla wsi w obu latach sprawozdawczych. Średnie wartości z 2 lat w grupie wieku poniżej 20 lat wynoszą: gruźlica czynna wieś 1,3%, miasto 1,2%, obserwacja wieś 4,7%, miasto 3,7%, wygojona wieś 34,4%, miasto 29,6%, w grupie wieku powyżej 35 lat zmiany czynne wieś 5,1%, miasto 3,6%, podlegające obserwacji wieś 11.2%, miasto 11,3%, wygojone wieś 48,8%, miasto 42,7%. Z tego zestawienia wynika, że gruźlica wsi w znaczniejszym stopniu narasta z wiekiem niż gruźlica miast.

Gruźlica, kandydaci a właściwi studenci

W r. akad. 1946/47 wśród 7205 kandydatów na I rok studiów było 2,84% gruźlicy czynnej i 7,31% podlegającej obserwacji. Wśród 6946 właściwych studentów badanych radiologicznie także poprzedniego roku wykryto zmian czynnych 2,21% i podlegających obserwacji 6,29%. Widzimy więc, że wśród poprzednio nie badanych było o 0,63% więcej gruźlicy czynnej i o 1,02% więcej obserwacji w stosunku do badanych poprzedniego roku. W roku 1947/48 kandydaci (7897 osób) wykazali 2.40% gruźlicy czynnej, gdy wśród słuchaczów z wyższych lat (9200 badanych) notowaliśmy 2,04%. Różnica jest niższa niż w roku poprzednim, jednak dostateczna do wysnucia ogólnego wniosku, że młodzież przychodzi na studia już w znacznym stopniu zagruźliczona.

Dützer oblicza, że spośród chorych na gruźlicę czynną do lat 4 umiera 50%, a Bräuning z Neissenem (cyt. Koester) podają, iż 80% przypadków gruźlicy czynnej umiera do lat 14. Na podstawie tych obliczeń z góry można przewidzieć los tych kandydatów, którzy rozpoczynają studia z zaawansowaną gruźlicą płuc: a więc zaledwie 20% dożyłoby dziesięciolecia swej pracy zawodowej.

Wniosek ten był brany pod uwagę przez Akademicką Opiekę Zdrowotną przy przyjmowaniu młodzieży na wyższe studia. Kandydaci, u których wykryto w masowych badaniach radiologicznych czynną gruźlicę płuc przechodzili pełne badanie kliniczne (badanie fizykalne, OB, badanie plwociny, zdjęcie na filmie normalnej wielkości). Tych kandydatów, u których badanie kliniczne potwierdziło rozpoznanie zdjęć małoobrazkowych, odpowiednie uczelnie zapisywały na I rok, odraczając im równocześnie na wniosek A. O. Z. studia na przeciąg jednego roku; ci byli kierowani do Centralnej Wojewódzkiej Poradni Przeciwgruźliczej. Dotychczas bowiem brak jest podstawy prawnej do nieprzyjęcia kandydata na studia z racji rozpadowej gruźlicy płuc. Natomiast kandydaci, któ-

rych zmiany (po badaniu klinicznym) uznano jako biologicznie nieczynne oraz wymagające obserwacji (rozpoznanie na podstawie zdjęć małoobrazkowych) i właściwi studenci z gruźlicą czynną i obserwacją (rozpoznaną ze zdjęć małoobrazkowych) zostali przyjęci na studia i natychmiast skierowani na obserwację wzgl. leczenie do Akademickiej Poradni Przeciwgruźliczej, działającej w ramach A. O. Z. Plan walki z gruźlicą na terenie akademickim Krakowa został przedstawiony w publikacji T o c h o w i c z a; plan ten pokrywa się z ogólnopaństwowym planem walki z gruźlicą.

T b c i n a p e r c e p t a

W naszych badaniach w r. akad. 1946/47 spośród grupy gruźlicy czynnej, stwierdzonej tylko rentgenologicznie, liczącej 359 osób, 200 osób (tj. 56%) podało w ankiecie, iż nie odczuwa żadnych dolegliwości i poprzednio na gruźlicę nigdy nie chorowało, słowem, iż czują się zupełnie zdrowi. Jak wynika z badań T o c h o w i c z a z r. akad. 1945/46 dokładna kontrola kliniczna potwierdza ten wynik tylko w ± 70%. Niewątpliwie ci stanowią największe niebezpieczeństwo dla środowiska, w którym żyją; zakażają otoczenie, sami nie przeczuwając tego. Przypadki te, tzw. przez B r ä u n i n g a tbc inapercepta, usuwają się zupełnie spod zwykłych fizykalnych metod badania (opukiwanie i osłuchiwanie), dopiero masowe badania radiologiczne dają możność ich wykrycia.

Niemniej tę cyfrę 200 osób trzeba rozpatrzyć krytycznie: na nią się składa suma 131 kandydatów na I rok studiów i 69 właściwych studentów. Gdy wyliczymy odsetki od ogólnej ilości, to otrzymamy wśród kandydatów 2,18%, a wśród studentów z wyższych lat 0,86%.

Skąd pochodzi taka rozbieżność tych cyfr? Otóż zapodań kandydatów w ankiecie nie można darzyć zaufaniem, ponieważ wśród młodzieży utrzymuje się przekonanie, iż chorego na płuca władze mogą nie przyjąć na studia. Cyfrę 2,18% musimy więc odrzucić, natomiast cyfry 0.86% jako odsetka tbc inapercepta krakowskiej młodzieży akademickiej nie mamy powodu podawać w wątpliwość; stanowi ona ⅓ ogółu gruźlicy czynnej.

B a d a n i a m a s o w e a p r z e ś w i e t l e n i a

Masowe badania radiologiczne odbywają się jesienią każdego roku akademickiego, po zakończeniu ich umożliwia się opieszałym słuchaczom odbycie badań w ramach tzw. badań dodatkowych, które trwają przez cały rok akademicki. Badania dodatkowe polegają na zwykłym prześwietleniu klatki piersiowej, prowadzi je ten sam lekarz, co i badania masowe (Dr med. Jan D o r a w s k i). Dziennie prześwietla się ograniczoną ilość studentów (20 osób), co warunkuje nieprzemęczanie wzroku.

W roku akad. 1946/47 do badań dodatkowych zgłosiło się 1975 słuchaczów, wśród których zmian czynnych znaleziono 2.99%, obserwacji 7,64%, wygojonych 39,49%. Zestawiając ten wynik z cyframi masowych badań tegoż roku (czynna 2,54%, obserwacja 6,81%, wygojona 39,61%) obserwujemy, iż jest on nieznacznie wyższy. Zaznaczyć należy, że element do badań dodatkowych, to studenci, którym zależało na ukrywaniu swej gruźlicy, względnie lecząc się prywatnie nie uznawali za potrzebne (ze swego punktu widzenia) zgłaszać się do masowych badań radiologicznych; dopiero pewne rygory w ciągu roku zmusiły ich do odbycia badania. Z tego porównania wynika, że masowe badania radiologiczne w pełni tego słowa znaczeniu nie ustępują metodzie zwykłego prześwietlenia, a przewyższają je obiektywnością, znaczną wydajnością pracy, względną taniością oraz możnością kontroli w każdym czasie.

W n i o s k i k o ń c o w e

Na podstawie przebadanych 31248 studentów krakowskich wyższych uczelni przez Akademicką Opiekę Zdrowotną w latach 1946/47 i 47/48 w kierunku gruźlicy płuc metodą masowych zdjęć radiologicznych małoobrazkowych wg Abreu-Holfeldera wysnuwamy ostateczne wnioski:

1. Gruźlica wśród krakowskiej młodzieży akademickiej w latach sprawozdawczych opada; w r. akad. 1946/47 notowano zmian czynnych 2,54%, wymagających obserwacji 6,81%, wygojonych 39,61%; w r. akad. 1947/48 zmian czynnych 2,21%, obserwacji 6,62%, wygojonych 31.97%.
2. Zagruźliczenie wzrasta stopniowo z wiekiem badanych.
3. Gruźlica wymagająca leczenia i obserwacji w zależności od płci jest częstszą o jedną trzecią u mężczyzn.
4. Gruźlica wymagająca leczenia i obserwacji w zależności od środowiska jest o 1% wyższą wśród pochodzących ze wsi.
5. Wśród kandydatów na studia (poprzednio nie badani) znajduje się wyższy odsetek gruźlicy czynnej i obserwacji niż u właściwych studentów (badani poprzedniego roku).
6. Tbc inapercepta wynosi 0,86%, co stanowi ⅓ ogółu gruźlicy czynnej.
7. Masowe małoobrazkowe zdjęcia radiologiczne jako metoda wykrywania gruźlicy płuc wykazują przewagę nad zwykłymi prześwietleniami rentgenowskimi.

PIŚMIENNICTWO:

1. C h o l e w a L.: Polsk. Tyg. Lek. 1947, Nr 13 i 14 str. 379—400 oraz str. 426—429. — 2. D o r a w s k i J.: Pol. Tyg. Lek. 1946 Nr 44 i 45 str. 1348—49, oraz str. 1379—1381. — 3. D u e t z e r E.: Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Volksgesundheitsdienstes 1937. Bd. 48 H. 1 wg streszczenia Böhringa Deut. Tub. Bl. 1937 zesz. 10, str. 260. — 4. G r a b o w s k i W. i H o r n u n g S.: Pamiętnik XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu 1933, tom II, str. 166—167. — 5. G ó r e c k i Z.: W Służbie Zdrowia 1947, Nr 12, str. 4—6. 6. K a n i a k J.: Pol. Gaz. Lek. 1939 Nr 25. — 7. K o e s t e r J. Deut. Tub. Bl. 1938 zesz. 2 i 3, str. 25—29 oraz str. 49—53. — 8. L a t k o w s k i J. i K a r a s i ń s k i S.: Pol. Gaz. Lek. 1937, Nr 28. — 9. Ł ą c k i M.: W Służbie Zdrowia 1947, Nr 12 str. 15—22. — 10. R u s b y L.: Śl. Gaz. Lek. 1946, Nr 1, str. 89—94. — 11. S c h r e i b e r A.: Now. lek. 1946, zesz. 22, str. 381—389. — 12. S c h r e i b e r A.: Now. Lek. 1947, zesz. 7—8, str. 128—134. — 13. S k i-

biński Z. i Skibińska J.: Przegląd Lek. 1947, Nr 21—22, str. 746—753. — 14. Telatycki M.: Pol. Tyg. Lek. 1946, Nr 18 i 19, str. 572—576 oraz str. 601—604. — 15. Telatycki M.: Pol. Tyg. Lek. 1947, Nr 13, str. 395—397. — 16. Telatycki M.: „Epidemiologiczne oblicze gruźlicy w kraju i podstawy jej zwalczania" Warszawa 1947, str. 1—61. — 17. Tochowicz L.: Pol. Tyg. Lek. 1946, Nr 39, str. 1191—1197. — 18. Zierski M.: W Służbie Zdrowia 1947, Nr 3, str. 15—17.

SUMMARY

The tuberculosis in the youth of the High-schools at Cracov in 1946/47 and 1947/48

by J. Mrozowski

The Academical Health Service in Cracow has carried out for three years at the beginning of every schoolyear large radiological examinations for tuberculosis of the lungs at all students. These investigations were made with the help of small pictures according to the Abreu-Hochfelder method.

In the years 1946/47 and 1947/48 31248 persons were examined, an average attendance 76% of the total number of students. Each year has shown a decrease in the number of cases; in 1947/48 there were 2,21% active changes in the lungs; for 6,62% further observation was necessary, and 31.97% had healed up.

From the investigated cases it appears that tbc. is increasing with age. Tbc requiring observation or treatment occours by one third more frequently in men than in women. It is by 1% higher among students coming from villages. The canditates for university studies show a higher percentage of tuberculosis than the other students. Tbc. inapercepta amounts to 0,86% of the total number of students. This amounts to one third of active tuberculosis.

The radiological small picture examination as a method of the discovering the tbc. is superior to usual X rays.

HISTORIA MEDYCYNY

Dr Janusz PETER — Tomaszów Lubelski
Dyrektor Szpitala

Przyczynki do przebrzmiałego sposobu leczniczego Monety

Przed epokowym wynalezieniem przez Pasteura szczepionki przeciw wściekliźnie zapobieganie i leczenie tej strasznej choroby z dawien dawna były piętą achillesową medycyny. Do środków zewnętrznych należały: wycięcie lub nacięcie rany, odjęcie członka albo nawet całej kończyny (Sauvages, Pouteau, Hilary i in.[1]), stawianie bańki na ranie, jej wyssanie, tarcie, by jak najobficiej broczyła względnie wydzielała, zasypywanie różnymi proszkami, np. widłaka[2]), sawiny[3]), czerwonego tlenku rtęciowego[4]), wypalanie żelazem[5]), prochem strzelniczym, środkami żrącymi, np. ługiem potasowym, chlorkiem antymonu[6]), różne maści, np. królewska[7]), olejek bazyliszkowy czyli skorpionowy, terpentynowy, okłady z mydlin, wywarów z różnych ziół, np. janowca barwierskiego[8]), przemywanie wodą słoną, octem, moczem itp. Wewnętrznie podawano napary: kurzymoru[9]), babki wodnej[10]), janowca żółtego[11]), mchu szarego[12]), środki moczopędne, napotne, wymiotne, przeczyszczające, odurzające i uśmierzające, nie licząc tajemnych leków zwanych arcanami. W różnych krajach cieszyły się one dużym uznaniem, podobnie jak np. w Austrii pigułki Schwartzenberga lub proszki księcia Blüchera na Śląsku w okręgu trzebnickim. Popularność pigułek Schwartzenberga polegała może na tym, że trzeba było przez 3 dni brać po jednej i każdą popić trzema kuflami piwa, a jeśli chory był pokąsany przez psa wściekłego przed 14-dniami — przez 6 dni z rzędu. W skład proszków Blüchera wchodziły: orzech włoski i zielona ruta w miodzie. Głównym składnikiem innych tajemnych leków były sproszkowane muchy hiszpańskie, piżmo[13]), a w arcanum Hänischa odchody chrząszczów majowych. Znamienne, że Fryderyk Wielki w r. 1777 odkupił od pewnego chłopa śląskiego rzekome arcanum przeciw wściekliźnie. Znane ono było pod nazwą pruskich powidełek. W ich skład wchodziły: 24 maiki[14]) przechowywane w miodzie, 2 uncje teriaku[15]), pół łuta drzewa hebanowego, ćwierć łuta korzenia kokornaka wężownika[16]), ćwierć łuta ołowiu spalonego na popiół, 20 granów rdzenia wiązu i miodu tyle, ile potrzeba do zrobienia powidełek. Dorosły spożywał je w ilości 1—2 granów, pościł przez 24 godziny i miał się wstrzymać od napojów przez 12 godzin. Potem pił herbatę z bzu.

Do najdzielniejszych środków zaliczano wypalanie żelazem w myśl aforyzmu Hippokratesa „czego ogień nie wyleczy, to jest nieuleczalne". Następnie dopiero kroczyły inne, jak kantarydy[17]) sole rtęci, liście i owoce pokrzyku, wilczej jagody[18]), arszenik, bieluń dziędzierzawa[19]), fosfor, opium, salmiak, kamfora, ocet, maiki, krówki olełce, cis pospolity[20]), widłak itd.

---

[1]) Wg J. C. Rougemonta Abhandlungen von d. Hundswuth. Tłum. z franc. 1798.
[2]) Lycopodium.
[3]) Fol. et herba juniperis Sabinae z rodziny jałowców, występującej i u nas w Pieninach, lecz b. rzadko.
[4]) Hydrarg. praec. rubr.
[5]) Cauterium actuale.
[6]) Butyr. antimonii.
[7]) Ung. basilicum.
[8]) Genista luteo-tinctoria, sposób podany przez M. Marochettiego. Zob. Rusta J. N. Magazin t. XVI s. 312.
[9]) Anagallis arvensis.
[10]) Alisma plantago.
[11]) Jak pod 8).
[12]) Lichen cinereus.
[13]) Moschus-pulv. tunquinensis.
[14]) Meloe maialis, u innych olcice-krówki = meloe proscarabaeus.
[15]) Makowca.
[16]) Radix serpentariae.
[17]) Cantharis = pryszczawka, mucha hiszpańska.
[18]) Belladonna.
[19]) Datura stram.
[20]) Taxus baccata.

W dawnej Rzeczypospolitej trwała „od niepamiętnych czasów wymiana środków lekarskich między ludem a inteligencją"[21]). Rozchodziły się one „z dworu przez sługi na wieś do znachorek i odwrotnie od znachorek dostawały się do dworu, skąd znowu wracały między lud mniej lub więcej zmienione".[22]) Mniemania, że chorobę leczą najskuteczniej lekarstwa podobne do niej przetrwały z Polski średniowiecznej do najnowszych czasów u ludu wiejskiego. Jak tłuczone korale w wódce miały pomagać na czerwone upławy, liście brodawnika na brodawki, żmijowiec na ukąszenie żmii, żywokost na złamanie kości, wilka mięso na wilcze mięso (zbyt bujającą tkankę ziarninową), spalanie czy przykładanie płatków róży na różę twarzy, okłady jęczmienia na jęczmyk[23]), suchotnik (cykoria) na suchoty itd. — tak na rany kąsane przez psa wściekłego zasypywanie popiołem lub podkurzanie dymem ze spalonej sierści psa[24]). H. Spiczyński w książce: O ziołach tutecznych i zamorskich wydanej w r. 1556 w Krakowie radził sierść psa wściekłego „starlszy co najdrobniej z białkiem stłuc pospołu, a rozmoczywszy wełnę, na ranę przyłożyć"[25]). Znano również wypalanie rany, picie naparu bielunia dziędzierzawy[26]), przykładanie roztartego czosnku, puszczanie krwi, przewiązywanie kończyny powyżej ukąszenia, zamawianie i odpisywanie wścieklizny. W Małopolsce — jak podał Hildebrandt[27]) — wieśniacy używali jako środka zapobiegawczego cisu i widłaka. Z leczonych w ten sposób przez niego żaden nie zapadł na wściekliznę. Wiara w skuteczność w majki względnie oleice-krówki przetrwała w medycynie ludowej długo poza odkrycie szczepionki Pasteura.

Niektóre wierzenia ludów słowiańskich, za pośrednictwem uczonych, przeszły nawet do krajów zachodnich Europy. Np. tak polscy, jak i serbscy chłopi utrzymywali, że u pokąsanych przez psa wściekłego miały się pojawiać pod językiem białawe pęcherzyki, w których po przecięciu mieli znajdować sierść psa. Pęcherzyki te na Ukrainie nazywano szczenietami. W r. 1814 Michał Marochetti, kiedy miał objąć w leczenie 15 osób pokąsanych przez psa wściekłego, uproszony przez deputację starych chłopów, zgodził się oddać chorych w leczenie słynnemu znachorowi, z wyjątkiem dziewczynki, którą miał sam leczyć. Dziewczynka ta zmarła z powodu wścieklizny w 7. dniu, pozostali zaś leczeni przez znachora wyzdrowieli. Pili oni codziennie trzy ćwierci kwarty wywaru ziela janowca żółtego barwierskiego, a dwa razy dziennie znachor zaglądał im pod język, czy pojawiły się pęcherzyki, zawierające jad. Znachor otwierał je i wypalał rozżarzoną szpilką. Leczenie trwało 6 tygodni. Marochetti leczył w ten sam sposób 36 pokąsanych z pomyślnym skutkiem.[28])

Te czy inne sposoby i ich wielka liczba dowodziły jedynie, że żaden nie był pewny. Dlatego też co jakiś czas do arsenału leków przybywał nowy, rzekomo jedyny, przy pomocy którego miałoby się zapobiec lub zwalczyć rozwiniętą chorobę.

Do takiego sposobu leczniczego, który narobił niemało rozgłosu nie tylko w Polsce, lecz w świecie lekarskim całej Europy, należał ocet z masłem. Polecił go gorąco Jakub Chrystian Moneta z Gdańska. Skąpe wiadomości o nim podał Kośmiński w Słowniku Lekarzów Polskich[29]). Stopień doktora medycyny uzyskał w r. 1764 w Królewcu, początkowo był lekarzem u Sołłohuba Józefa, wojewody witebskiego, później przeniósł się na stałe do Warszawy, gdzie został nadwornym lekarzem Stanisława Augusta Poniatowskiego. Wydał kilka broszurek w języku polskim i niemieckim. Lansująca nowy sposób leczenia wyszła w r. 1782[30]), następne jej wydanie poprawione i powiększone w r. 1786 i trzecie w r. 1790, a w języku niemieckim w r. 1789.

Przytoczę przykłady, w jaki sposób jego metoda poruszyła lekarzy Europy po ukazaniu się wspomnianej rozprawki w języku niemieckim. Wrażenie musiało być duże, skoro takie poczytne czasopismo,[31]) jak Med. Chir. Zeitung uważano za stosowne dać dłuższą recenzję i przetłumaczyć z jednej z gazet polskich artykuł, przemawiający na korzyść metody Monety.

„Pomimo usiłowań tylu bystrych lekarzy na przestrzeni tysięcy lat nie udało się ustalić ani natury jadu wodowstrętu, sposobu jego oddziaływania, ani nie wynaleziono żadnej pewnej odtrutki. Autor omawianej rozprawki przebywa w Warszawie, w której mieszka tylu panów trzymających oprócz domowych wiele psów pokojowych i myśliwskich. W tym mieście niemal każda rodzina żywi jednego lub dwa psy szczególnie na przedmieściach, dokąd codziennie zjeżdżają set-

---

[21]) H. Biegeleisen: Lecznictwo ludu polskiego. 1929. s. 21.

[22]) Podbereski A.: Materiały ludu. W zbiorze wiadomości antropolog. 1880. IV s. 74.

[23]) Hordeolum.

[24]) Kolberg O.: Lud 1888, t. III, s. 170.

[25]) Wg H. Biegeleisena l. c. s. 115.

[26]) Zwanej również rzepą durną (od słowa odurzać).

[27]) Wg Richter's Arzneimittellehre t. II, s. 800.

[28]) Rust's Magazin für die gesamte Heilkunde, t. XVI s. 312 i M. Marochetti: Observatio sur l'hydrophobie, indices certains pour... itd. Petersburg 1821. Rzecz ta ukazała się w tłum. na język polski pt.: Dostrzeżenia nad wodowstrętem czyli wścieklizną. Rozprawa... lekarza-operatora, czytana w Towarzystwie Lekarsko-fizycznem w Moskwie d. 4 października 1821 r. a wytłoczona w drukarni Departamentu Oświecenia Publicznego w St. — Petersburga 1821 z francuskiego oryginału tłumaczona przez Adama Rudnickiego. Warszawa 1822. To samo i w r. 1830.

[29]) Warszawa 1888.

[30]) Sposób doświadczony ratowania ludzi, których pies lub inne wściekłe zwierzę ukąsiło. Warszawa 1782, s. 16.— Sposób jedyny i nieomylny ratowania ludzi, którzy od wściekłych psów, wilków lub innych zwierząt są ukąszeni, wynaleziony przez K. J. M. Druga edycya poprawiona i powiększona z roztrząśnieniem dyetetycznym: czyli zdrowo podczas stołu pić wodę lub piwo? Warszawa 1786 — s. X 29. — Von der einzig zuverlässigen Heil-Cur des Bisses toller Hunde, Wölfe, Katzen, Füchse und aller Arten toll gewordener oder auch stark gereitzter Thiere; wie auch der Vipern, Ottern, Schlangen und der Verletzung aller giftiger Insekten, mit Beyfügung einiger gemeinnützigen Erfahrungen verschiedenen Gegenstandes aus der praktischen Arzneykunde. Lipsk—Warszawa 1789, s. 138.

[31]) 16. XII. r. 1790, nr 100, s. 369—374.

kami furmanki na targ ze swymi psami. Jest to kraj, w którym liczne wilki czynią drogi niepewne. Autor miał wiele sposobności leczenia nieszczęsnych pokąsanych przez psy i wilki wściekłe i obserwowania chorych, których leczyli inni lekarze. Z 23 pokąsanych w dobrach brata króla o półtorej mili od Warszawy, w wieku od 17 do 60 lat i leczonych przez wytrawnego lekarza w szpitalu od drugiego dnia nacięciami, wcieraniem maści rtęciowej i naparem drzewnym [32]) — nie uratowano nikogo. Również zmarli wszyscy oddani w pieczę autorowi tej rozprawki w pierwszych latach jego praktyki. Bezskuteczne okazało się wypalanie, wycinanie ran, tak okrzyczany chrząszcz majowy w miodzie, kurzymór, lotne alkali, proszek Robba i muchy hiszpańskie zalecane przez Werlhoffa. W końcu rozpoczął p. M o n e t a stosować zewnętrznie i wewnętrznie ocet piwny z masłem, polecony w r. 1768 przez jego b. nauczyciela z Królewca Gottfrieda Thiesena. Już na rok przedtem pewien dobrze myślący lekarz, gdy udało mu się uratować pokąsanych przez psa wściekłego, radził w Dresdner Intelligenzblatt zewnętrznie i wewnętrznie stosować wyskok. Pan radca dworu M o n e t a u takich nieszczęśliwych zastosował ocet piwny z masłem i zdumiony był najzwyczajnie pomyślnymi wynikami. Od tego czasu leczył ponad 60 osób pokąsanych przez zwierzęta wściekłe i nie stracił nikogo. Przeszło 100 osób leczyli w ten sposób i inni, przy czym wyzdrowieli wszyscy, nawet i ci, którzy mieli wodowstręt. Sposób ten stał się tak znany w Warszawie, że do takich chorych, uważają, nie potrzeba wzywać lekarza. Wytyczne leczenia: 1) Każdy pokąsany przez psa wściekłego lub silnie podrażnionego powinien natychmiast posypać zranione miejsce świeżą ziemią, piaskiem, błotem lub sproszkowanym tytoniem, wreszcie czymkolwiek, co tylko będzie miał pod ręką, by jad został wchłonięty nim dostanie się do ustroju. Potem można ranę wymyć wodą. Następnie, 2) należy podgrzać ocet piwny, na kwartę tegoż dodać pół funta masła i tym okładać ranę przez kilka dni. Gdyby rana pod tym okładem nie zagoiła się do 9 dni, można przyłożyć pod plastrem norymberskim maść z bieli ołowiowej.[33]) Chory winien pić 3—4 razy dziennie 3 łuty octu piwnego z dodatkiem niewielkiej ilości masła. Zwykłym napitkiem może być również woda z octem, lemoniada, piwo lub wino. W ten sposób należy postępować conajmniej w ciągu 2 tygodni. Przez pewien czas chory powinien unikać mięsa i odżywiać się jedynie owocami i jarzynami. Również powinien unikać mocnego piwa, wina i w ogóle napojów wyskokowych. Troska, irytacja i złość mogą sprowadzić natychmiastowy zgon. 5) U osób krwistych może pomóc upust krwi, aczkolwiek wielu wyzdrowiało i bez tego. Wycinanie rany jest zbyteczne, tak samo jak wypalanie i pryszczydła. Jeśli przy pokąsaniu przez nieznanego psa nie można nabyć pewności, czy zwierzę było wściekłe, do znaków nieomylnych zalicza autor swędzenie rany lub miejsca zagojonego, ich pobolewanie i zaognienie. Wskazuje to na ożywienie się jadu. Pokąsany odczuwa ściskanie i niepokój w okolicy serca i silny ból głowy po stronie prawej.

Dla nas wydawców tego czasopisma byłoby szczególnie doniosłą rzeczą, gdybyśmy o tej, tak ważnej metodzie leczniczej, otrzymali liczniejsze i ściślejsze wiadomości. Ponieważ p. radca dworu wydaje się nam człowiekiem miłującym prawdę i rzetelnym przyjacielem ludzkości i ponieważ b. wielu Polaków zapewniło, że wszystko, o czym napisał, jest szczerą prawdą, tedy z głębokim zadowoleniem o powyższym donosimy naszym czytelnikom i wzywamy ich, by połączyli się z nami w podzięce dla królewskiego polskiego lekarza przybocznego za wynalezienie i ogłoszenie środka leczniczego, który tak często okazał się niezawodny w jednej z najstraszliwszych chorób. Prosimy każdego lekarza Niemca, by zawiadomił nasze pismo o poczynionych spostrzeżeniach..."

Jednocześnie redakcja przytoczyła głos prasy polskiej, pt.: „Warschau: Gazety slaskie dla ludu pospolitego. Kartka IX. 1790 *) Von Seite 193 bis 216 in 8 vo. Ten polski dziennik z 26 czerwca bieżącego roku dochodzi do nas w stosownym czasie, by z niego od strony 209 dosłownie przetłumaczyć. Oto w Wilanowie, odległym o milę od Warszawy, d. 10 kwietnia rb. przed południem napadł wilk wściekły na chłopów pracujących na polu. Pierwszego, 15-letniego Jezewskiego powalił wnet na ziemię i zadał mu następujące rany: górna część głowy i lewa małżowina uszna rozerwane w poprzek, a gruczoł przyuszny tak przegryziony, że rana był wielkości guldena. Na policzkach, na szyi i na barkach kilka ran kąsanych. Na stronie zewnętrznej uda, na pośladkach i na rękach duże, miażdżone rany. W ogólności miał ich ponad 30. Drugi wieśniak Krzysztof Rudziecki i trzeci Jakub Zalagowski, którzy chłopakowi pospieszyli na pomoc, mieli również pokąsane ręce, gdyż bronili się nimi. Od ludzi pospieszył wilk ku torbie z obrokiem, rozgrył ją i rozerwał, po czym wpadł w niewielkie stado owiec i w okamgnieniu rozszarpał 13 sztuk. Poranił jeszcze dwa chłopskie konie i kilka sztuk nierogacizny, które były na tym samym pastwisku. Chłopi niewiadomo dokąd pognali to bydło i po cichu zaraz je sprzedali. Jedynie z pańskich owiec 11 sztuk poranionych zakopano natychmiast. Dwie z tych, u których nie dostrzeżono obrażeń, wściekły się jeszcze w kwietniu po pierwszej pełni księżyca. Biedne zwierzęta pieniły się, skakały i tak długo tłukły głowami o słup, aż mózg rozprysł się i martwe upadły. Wilk tymczasem, do którego chłopi bali się przybliżyć, osłabiony zataczał się przez jakiś czas na polu i prawdopodobnie niebawem zdechł w pobliskim lasku. Trzech pokąsanych wieśniaków zabrano zaraz do książęcego lazaretu w Willanowie, w którym chirurg dr Klesser [34]) zastosował natychmiast leczenie metodą de Monety. Polega ona na: podawaniu 4 razy dziennie chorym w małym kubku do herbaty ciepłego octu piwnego

[32]) Decoct. lignorum.
[33]) Emplastrum noricum = e. minii adustum.

*) Cytat po polsku.
[34]) Winno być: Klessen Jan.

z niewielką ilością masła, jako też przykładaniu octu piwnego z masłem na rany tak długo, dopóki nie zagoją się. Podaje to rozprawka, pt.: Sposób jedyny ratowania ludzi, którzy od wscieklych psow, wilkow etc.*), którą można nabyć w księgarni Grölla w Lipsku. U chłopaka z powodu silnych obrażeń głowy, a szczególnie gruczołu przyusznego, dla pewności stosowano ocet wewnętrznie przez 4 tygodnie w coraz to mniejszych dawkach. Trzech wieśniaków wyleczonych zupełnie w czasie do 10 kwietnia do 22 maja i nie wykazujących żadnych oznak grożącego niebezpieczeństwa, wypisano z lazaretu w dniu 22 maja. Wydarzenie to z licznymi dokładnymi zaświadczeniami, że wieśniacy czuli się zupełnie zdrowi nawet do końca czerwca, potwierdził i podpisał wobec wielu świadków ksiądz Witoszyński proboszcz parafii i nadkomisarz Rudomina".

Powyższe doniesienie uzupełnił M o n e t a listem, który MCZtg. przytoczył w całej rozciągłości w dniu 26 maja r. 1791.[35])

„Moja rozprawka o pokąsaniach przez psa wściekłego zeszłego roku dostała się do rąk kilku lekarzy wiedeńskich. Nie tylko że znaleźli coś prawdopodobnego w mym doniesieniu i zaufali mym słowom, lecz w szpitalu uzyskali wyniki równe moim. To pogłębiło wrażenie, gdyż zwrócono się do cesarza by polecił swemu ministrowi moje zapodanie o pokąsanych przez psa wściekłego zbadać tu na miejscu i przekonał się czy fakty są zgodne z mym doniesieniem. Majestat cesarski zapewnił mnie przez swego tu rezydującego ministra o swej łasce i życzył sobie, by ten zawarł ze mną bliższą znajomość. Dalej, by odwiedził wszystkie te miejscowości i osoby, które mu wskażę i by osobiście sprawdził, czy to, co ogłosiłem pod mym nazwiskiem, zostanie potwierdzone w jego obecności. Zanim dla pana ministra zdołałem odszukać wszystkich ludzi, sprawa przeciągnęła się przez pewien czas. Byliśmy również w Wilanowie, gdzie zwołano całą miejscową ludność. Minister oglądnął pokąsanych ubiegłego roku, widział duże blizny po obrażeniach i wysłuchał zeznania, że zewnętrznie ani wewnętrznie nie używali nic innego tylko ocet piwny z masłem, że nie stosowano u nich żadnych pryszczydeł, nacięć, puszczania krwi i kąpieli i mimo tego wyzdrowieli, Przy tej sposobności dowiedziałem się pewnych rzeczy, o których nie wiedziałem: oto chłopak, który silnie był poraniony, zmarł w ubiegłym wrześniu. Przypadek ten wzbudził wątpliwości. Ojciec jego opowiedział, że chłopak od owego zdarzenia stał się chorowity i miewał napady padaczkowe. We wrześniu rozchorował się obłożnie, przy tym skarżył się na bóle głowy i członków. Pił wiele, miewał dreszcze, wychudł, słabł coraz bardziej, wreszcie w 7 godzin po przyjęciu św. Sakramentów oddał ducha przy pełnej przytomności. Proboszcz parafii o powyższym złożył pisemne zeznanie, które, po przeczytaniu wszystkim obecnym, wręczył p. ministrowi. Ponieważ chłopiec zmarł nie w następstwie wścieklizny, gdyż nie było u niego żadnych objawów wodowstrętu, wyłania się zatem pytanie czy wilk był rzeczywiście wściekły i w jaki sposób należałoby to udowodnić? Po pierwsze to, co przytoczyłem o zachowaniu się wilka wszystko potwierdzili chłopi, którzy byli na polu. Przyznali oni, że był rzeczywiście wściekły, kiedy zaś oddalał się od nich zataczał się z osłabienia. Następstwa u zwierząt, których wówczas w pełni nie znałem, przekonują w zupełności, że był wściekły. 1) Poza 13 owcami, o których poranieniu doniosłem, wściekło się jeszcze 15 innych. Pozabijały się one same trykając łbami o ogrodzenie, przy czym obficie toczyły pianę z pysków. 2) Zamiast 2 koni wściekło się 6 koni chłopskich i te zdechły również wśród ustawicznego skakania i toczenia piany z pysków. 3) Duży owczarek, pokąsany również przez wilka, wściekł się po 6 tygodniach. 4) Trzy krowy sprzedane przez chłopów wściekły się również i chłopi musieli zwrócić pieniądze. Wszystkie te fakty potwierdzili wieśniacy w obecności stawionych świadków przed p. ministrem, które je spisał. Nie wierzę, by można było co zarzucić takiemu autorytetowi, ja zaś jestem zadowolony, że z odległego miejsca, dzięki tak znakomitemu poleceniu, potwierdzono fakty, które ogłosiłem. Kroków tych właściwie mógłbym raczej spodziewać się ze strony król. pruskiego collegium medicum, któremu dedykowałem rozprawę, aniżeli od akademii wiedeńskiej. Jest to oznaką, że u pierwszego nie znalazłem wiary, w przeciwnym bowiem razie również i inne moje spostrzeżenia musiałyby wywołać większe wrażenie i przekonanie, wiem zaś na pewno, że te trafiły tak do lekarzy i nielekarzy wszystkich miejscowości — jak je podałem".

Zainteresowanie rosło. Posypały się zapytania. Np. dr W e i n t r i c h z Markbreitu pragnął wyjaśnienia, czy można użyć octu winnego zamiast piwnego[36]). Jednocześnie niemal podniosły się głosy pragnące wykazać, że wiedziano o skuteczności octu w wodowstręcie, zanim o tym doniósł Moneta. Dr Schäffer fizyk z Norymbergi, na dowód tego przytoczył wyjątek z listu umieszczonego w The British Mercury Vol. XVII s. 375, pewnego Anglika z Wenecji do przyjaciela w Anglii: „Gdybyś tu bawił drogi przyjacielu ucieszyłbyś się na pewno odkryciem, dokonanym niedawno w Udine, mieście leżącym w Fiulanii Weneckiej. Przedstawia się ono następująco: Pewien ubogi chory ze straszliwymi objawami wodowstrętu zdołał się uratować za pomocą niewielkiej ilości octu winnego, który podano mu pomyłkowo zamiast innego napoju. Kiedy się dowiedział o tym hr. Leonissa, lekarz z Padwy, wypróbował ten środek w tamtejszym szpitalu na pewnym chorym. Podawał mu 3 razy dziennie po funcie octu winnego i chory niebawem wyzdrowiał. Odkrycie to postaram się ogłosić w którymkolwiek z czasopism włoskich i spodziewam się, że to samo nie omieszka pan zrobić w Anglii. Jestem przekonany, że skutek tego podziwu godnego środka w mej ojczyźnie na pewno będzie równie korzystny, jak

*) Cytat po polsku.
[35]) Nr 42 z r. 1791, s. 286—288.

[36]) MCZtg 1791 nr 76, s. 448.

był dotąd we Włoszech. Ucieszę się niemało kiedy pan nadeśle kilka spostrzeżeń, które podałbym w dziennikach publicznych".[37])

Na metodę Monety rzucił cień list Ludwika Franka z Mediolanu:[38]) „Ponieważ w waszym szanownym czasopiśmie wyczytałem już 3 razy nader pomyślne wiadomości o korzystnym stosowaniu octu w pokąsaniach przez psy wściekłe lub inne zwierzęta, które jednak nie zgodziły się ani z mymi nielicznymi spostrzeżeniami, ani też z nadesłanymi do mnie powiadomieniami, sądzę, że bez wahania powinienem o tym podzielić się z czytelnikami. Sposobowi leczniczemu dra Monety, polegającemu na stosowaniu octu piwnego z masłem, nie tylko w pokąsaniach przez psy wściekłe, lecz również w rozwiniętej chorobie, nie mogę przecież więcej wierzyć, jak każdemu innemu, który dotąd zachwalano. Ponieważ przeprowadzenie prób przy pomocy tak niewinnego środka jest całkowicie pozbawione niebezpieczeństwa, przy tym nie traci się drogiego czasu i na jedno wychodzi czy w tej strasznej chorobie stosuje się ocet czy mleko — postanowiłem sobie, przy pierwszej nadarzającej się sposobności, wypróbować metodę de Monety. Pod koniec ubiegłego miesiąca, w maju, przywieziono do tutejszego szpitala młodego i silnego chłopaka wiejskiego z powodu wodowstrętu. Przed około 40 dniami pokąsał chorego kot wściekły w rękę pomiędzy kciukiem a wskazicielem. Powiadomiony o tym dyrektor de Batisti polecił zawezwać dra Paléttę, by — jak to dzieje się w podobnych wypadkach — odbyć wspólną naradę lekarską. Ze swej strony, pomny na doświadczenia Monety i pochwały jego metody, nastawałem, by ją wypróbować w obecnym przypadku. Zgodzono się na to natychmiast. Ponieważ nie można było dostać octu piwnego, zamiast niego bez wahania użyłem octu winnego. Wydało mi się jednak dziwne, że miejsce ukąszenia nie było bolesne, ani nie wykazywało zmian zapalnych. Od chorego dowiedziałem się jedynie, że przed kilku dniami odczuwał w całym ramieniu bóle i rwanie. Stan przywiezionego był taki, iż bez trudności dał się nakłonić do przełknięcia octu zmięszanego z masłem. Siedząc wyprostowany na łóżku, obu rękoma ujął naczynie z napitkiem, trzymał je jakiś czas przed sobą, podobnie jak ci, którzy przemagając się ze wstrętem piją lekarstwo. Naraz zdecydowanie przytknął kubek do ust i wychylił z trudem prawie 4 łuty mięszaniny, po czym z ciężkim oddechem odstawił naczynie. Po kilku minutach począłem go zachęcać, by wypił resztę. Kiedy jednak ponownie przytknął kubek do ust nie mógł się więcej przemóc, gdyż opadła go ciężkość w piersiach grożąca uduszeniem. Po kilku minutach zwrócił to, co wypił. Krótko potem usiłowałem ponowić próbę, lecz nadaremnie. Już podczas samych tylko nakłanań wróciła ciężkość w piersiach, która wyraźnie wskazywała, że tą metodą niczego się nie osiągnie. Próbowaliśmy potem belladony i różnych innych środków, lecz bez skutku. Chory zmarł na trzeci dzień wśród zwykłych przypadłości. W niedługi czas po tym smutnym zdarzeniu wyczytałem w różnych francuskich i włoskich dziennikach, że osiągnięto pomyślne wyniki w pokąsaniach przez psy wściekłe przy pomocy octu w Udine, Bolonii i Padwie. Ponieważ doniesienia te były sprzeczne z mym doświadczeniem, gdyż przemawiały na korzyść metody p. de Monety, napisałem do mego przyjaciela dra Penzago z zapytaniem, jak się zapatruje na te gazeciarskie nowinki. Niebawem odpowiedział mi, że w Padwie nic nie wiedzą o korzystnym wpływie octu w pokąsaniach przez zwierzęta wściekłe. Po wielokrotnych poszukiwaniach dowiedział się od kogoś, że w tym mieście przed około 20 laty pewien chory na wodowstręt pomyłkowo wypił pełną szklankę octu i wyleczył się z tej strasznej choroby. Ponieważ wydarzenie to nie bardzo jest znane w Padwie i drukiem nigdzie nie zostało ogłoszone, mój przyjaciel wyraził słuszne przypuszczenie, że opowiadanie należy zaliczyć do bajek. W tym samym czasie zwróciłem się listownie do słynnego profesora Mondiniego w Bolonii. Odpowiedź jego z dnia 30 czerwca brzmiała: Mocno zdziwiłem się wiadomością, że piszą o pomyślnych skutkach octu w pokąsaniach przez psy wściekłe. Dla mnie jest to rzecz zupełnie nowa i nieznana. By się dokładniej dowiedzieć ile jest w tej sprawie prawdy poczyniłem wywiady u różnych mych kolegów posiadających rozległą praktykę. Byli nie mniej zdumieni ode mnie o tym cudownym sposobie leczniczym. W ciągu ostatnich dwóch lat miałem w leczeniu w tutejszym szpitalu zaledwie 2 chorych na wściekliznę, z których jeden, pomimo stosowania najrozmaitszych środków, zmarł po 14 dniach, drugi po 3 wśród zwykłych dla tej choroby objawów".

Muszę przy tym zaznaczyć, że te nowinkarstwa dziennikarskie nie uczyniły najmniejszego wrażenia we Włoszech i że o nich zupełnie zapomniano. Nie doszłoby przecież do tego, gdyby było coś na rzeczy. Przed kilku dniami miałem sposobność rozmawiać z pewnym włoskim lekarzem, który dopiero co przyjechał z Warszawy, gdzie bawi od 15 lat. Już naprzód obiecywałem sobie, że dowiem się od niego w sposób pewny o wynikach leczniczych metodą de Monety. Zawiodłem się jednak w swych oczekiwaniach, ponieważ zagadnięty wyrażał się o de Monecie z tak wielką pogardą, iż jego wypowiedziom nie mogłem dać wiary w najmniejszej mierze. Sprawozdawca winien być bezstronny, w przeciwnym razie nie można mu wierzyć. Pozostałoby mi co innego: ponieważ wydaje mi się, że dla dotkniętych raz wścieklizną niemożliwe jest połknięcie octu z masłem, należałoby zapytać się czy nie byłoby wskazane wprowadzenie tej mieszaniny do żołądka za pomocą giętkiego cewnika i strzykawki? Może należałoby odpowiedzieć z pewną słusznością, że takie manipulacje kryją niebezpieczeństwo tak dla chorego jak i dla tego, który by miał odwagę to przeprowadzić. Poza tym należałoby się obawiać, czy, jeśli uda się wprowadzić mieszaninę do żołądka, nie zostanie ona natychmiast zwrócona, ponieważ żołądek u takich chorych nierzadko jest w stanie

[37]) MCZtg 1791 nr 80 z 6. X., s. 48.
[38]) MCZtg 1791 nr 94 z dnia 24. XI, s. 284—288.

skurczu. Również nie posiadam własnego doświadczenia jak dalece można by sobie coś obiecywać z wlewek odbytniczych. Pewien doświadczony lekarz zapewniał mnie, że u chorych na wodowstręt nie można na to liczyć w najmniejszej mierze, ponieważ często dostają gwałtownych drgawek. Czy można liczyć na jakąś korzyść z rozpylania octu w tej strasznej chorobie?“ [39])

Kto wie czy informatorem L. Franka nie był de la Fontaine? Frank **) mógł zmienić akcesoria i z rozmysłu podał inną narodowość informatora i drogę, którą otrzymał wyjaśnienia. Przypuszczenie to jest o tyle możliwe, że la Fontaine przebywał w Polsce kilkanaście lat. Najpierw jako lekarz wojsk austriackich w Tarnowie, później w Krakowie, skąd przeniósł się do Warszawy. Przypuszczenie to wzmacnia zdecydowanie negatywne stanowisko do metody Monety, które zresztą mogło być wypływem intelektualnej i fachowej wyższości w stosunku do daleko niższego poziomu Monety.

W dziele pt.: „Chirurgisch-medizinische Abhandlungen verschiedenem Inhalts Polen betreffend“ wydanym w r. 1792, między innymi omówił krótko wściekliznę i jej leczenie. Nie od rzeczy będzie przytoczyć pewne szczegóły z pierwszej części „o kołtunie“, by zrozumieć argumentację de la Fontaine'a w odmówieniu wszelkiej wartości sposobowi leczniczemu Monety. W części tej zapewniał, że na kołtun zapadają nie tylko ludzie, wśród nich i cudzoziemcy, — ba — nawet nowonarodzone dzieci miały by go przynosić na swych nielicznych włosach, — lecz i zwierzęta za wyjątkiem ptaków (Federvieh). A więc konie, woły, krowy, psy, lisy, wilki itd. Kołtun u psów miałyby poprzedzać objawy chorobowe, które ludzie mylnie odnoszą do wścieklizny. Psy takie uganiają na oślep, częstokroć zderzają się z przedmiotami, które stoją im w drodze, mają opuszczony między nogi ogon, z pyska cieknie im ślina i bez szczekania rzucają się na ludzi, nawet na swych panów. W tym okresię nie stronią od wody, owszem żłopią jej wiele. Pokąsanie takich psów miałoby nie sprowadzać wścieklizny.

W drugiej części, w pierwszym liście omówił między innymi chorobami i leczenie wścieklizny metodą Monety w sposób następujący:

„W Polsce nigdy nie widziałem ani nie miałem sposobności leczyć, podobnie zresztą jak większość starszych lekarzy i chirurgów, pokąsanych przez zwierzeta wściekłe, np. psy, wilki itd. oraz powstałego skutkiem tego wodowstrętu. Pomimo tego p. Moneta, tytularny lekarz przyboczny Jego Królewskiej Mości, w wydanej nie dawno rozprawce o pokąsaniach przez zwierzęta wściekłe, przytoczył setki takich chorych, których, jak mniema, wyleczył przy pomocy octu piwnego i masła. Ten małoznaczący środek być może, że zagranicą uczynił większe wrażenie i zasłużył na większą wiarę, aniżeli tu w Polsce. Istnieje przecież pewien rodzaj wścieklizny u psów i wilków, która całkowicie różni się od zwyczajnej. Chodzi o tę, o której już doniosłem w liście o kołtunie“.[40])

Recenzent tego dzieła wezwał Monetę, by zechciał rozwiać wątpliwości i odeprzeć zarzuty.[41]).

Na poparcie swej metody Moneta załączył zaświadczenie austriackiego charge d'affaires przy rządzie polskim: [42])

„Ponieważ jedynym mym zamiarem jest podanie do wiadomości wszystkim krajom o pewnym, skutecznym i niezawodnym środku przeciwko pokąsaniu psa wściekłego, ponieważ poza doświadczeniami wielu obcych sam dotąd leczyłem ponad 120 osób, bez utracenia choćby jednej, ponieważ świadectwa powołanych — a tych wskazałem wielu — do uznania jakiegoś środka jest najpewniejszą drogą, tedy uważam, że wyrządziłbym krzywdę społeczeństwu, gdybym mu nie podał do wiadomości teraźniejszych przypadków, popartych zaświadczeniem tu rezydującego cesarsko-królewskiego ministra. Otóż dn. 7 czerwca zeszłego roku zgłosiły się do mnie 4 matki z dziećmi, celem zasięgnięcia porady w sprawie pokąsania ich dzieci w dniu 4 czerwca przez psa wściekłego, należącego do rzeźnika na Nalewkach. U wszystkich stwierdziłem rany na głowie, na twarzy, na rękach, najstarszy zaś miał rozgryzioną nogę poniżej łydki i wyrwany kawał ciała. Dzieci te z otwartymi ranami wysłałem w dn. 10 czerwca do p. Cache, ces.-król. ministra tu rezydującego z tego powodu, gdyż otrzymał on polecenie od swego rządu, by przekonał się o wartości mego sposobu leczniczego w pokąsaniach przez psa wściekłego. W tym też celu p. minister udał się ze mną do Wilanowa, w którym zeszłego roku kilka osób leczyło się według mego zalecenia. W miejscowości tej zbadał bliższe okoliczności i osobiście przekonał się o prawdziwości ogłoszonego przeze mnie zdarzenia. Ostatnie pokąsania wykorzystałem, by p. minister naocznie przekonał się o skutecznym sposobie leczniczym i by w przyszłości można się było obejść bez dalszych dowodów, których zresztą nie trudno by było dostarczyć znacznie więcej. Aczkolwiek wiadomo p. ministrowi, że w Warszawie często psy wściekłe pojawiają się na ulicy i czynią szkody — jak to niedawno zdarzyło się we wielu miejscach miasta, gdyż poza czworgiem dzieci mam w leczeniu jeszcze troje dzieci z Pragi — to jednak dziś w ogóle nie słyszy się więcej, by ktoś rozstał się z tym światem wskutek pokąsania przez psa wściekłego. Zawdzięczać to należy temu, że wiadomość o korzystnym wpływie octu dotarła do wszystkich. Że pies, który pokąsał dzieci był rzeczywiście wściekły, dowodzą: 1) wypowiedzi ludzi, którzy widzieli go w biały dzień na ulicy, kiedy poranił dzieci bawiące się przed bramami. Ponieważ pies rzucał się i na dorosłych i pokąsał tych, którzy weszli mu w drogę. 2) Rzeźnik, właściciel

[39]) Metodę Monety zarzucono zupełnie w krótkim czasie w szpitalu mediolańskim. Wynika to z artykułu Ludwika Franka w MCZtg z r. 1795 nr 36 z d. 7. V. s. 176—188 pt.: Kurzgefasste medizinische und chirurgische Bemerkungen von dr Ludwig Frank Arzt am grossen Spitale zu Mayland.

**) Syn słynnego J. P. Franka. Przeniósł się później do Egiptu.

[40]) Rozprawki w tym dziele napisał we formie listów.

[41]) MCZtg 1792 nr. 39 z d. 14 V, t. II, s. 209—219.

[42] MCZtg 1792, t. II, nr 48, s. 381—4 z d. -4 VI.

psa, zaskarżony do sądu, musiał poszkodowanych pieniężnie zaspokoić. 3) 3 czerwca ten sam pies podarł suknię pomocnicy rzeźnika, która psu jedzenie podawała. Prócz tego w tym samym dniu pokąsał kilkakrotnie innego psa stale z nim przebywającego. Pies nie chciał więcej żreć i pić, wczołgał się do pieca, a ludzie zaraz ten piec zamknęli cegłami i posłali po oprawcę, by psa zabił. Nim przybył, pies przedarł się przez zaporę i na ulicy doszło do nieszczęścia. Dopiero na drugi dzień zatłukł go oprawca. 4) Mały psiak pokąsany przez tego psa wkrótce wściekł się. Podobnie stało się i z drugim psem domowym, którego rzeźnik również polecił zabić, by nie narażać się na kary. Trudno jest dostarczyć więcej dowodów wściekniętia, jeśli się nie chce dać wiary ogólnemu przekonaniu ludzi, którzy przecież najwięcej mają sposobności widzenia takich zwierząt, podpatrywania jak się przedstawiają, kiedy są zdrowe, a jak się zachowują gdy się wściekną. W dalszym ciągu pouczają następstwa po pokąsaniu owych 2 psów, poza tym zupełnie zdrowych, które musiano zabić. Skoro się przyjmie na podstawie naprowadzonych dowodów, że chodziło rzeczywiście o psa wściekłego, ocet okazał się szczególnie dobrym środkiem, tym bardziej, że u dzieci chodziło o ciężkie obrażenia nosa, powyżej oka, górnej okolicy czoła i prawej ręki, tym bardziej, że nawet nieznaczne zadraśnięcia były dostateczne, by spowodować wściekliznę i śmierć. Wszystkie 4 dzieci przedstawiłem ponownie w dniu 24 lipca ces. król. p. ministrowi, wyjąwszy 8-letniego chłopca, który podczas zabawy wpadł do jamy i złamał nogę. Obecnie przebywa on w szpitalu i czuje się zdrów. To co krótko skreśliłem jest faktem, który p. minister jako świadek swym podpisem stwierdza. Warszawa 31 lipca r. 1791. Dr Chrystian Jakub de Moneta".

Zaświadczenie ministra brzmiało następująco: „Na okoliczność, że szczęśliwie przeprowadzone leczenie przez król. polskiego radcę dworu i doktora p. de Monetę u wymienionych, według wszelkiego prawdopodobieństwa poranionych przez psa wściekłego, jako też główne naprowadzone okoliczności są mi znane częściowo z osobistej inspekcji, częściowo z możliwych weryfikacyj, poświadczam to na żądanie. Warszawa dn. 30 sierpnia r. 1791. De Cache Jego Ces. Król. Mości Charge d'Affaires na Dworze Królewskim Polskim".

Z dat wyjaśnienia Monety i zaświadczenia de Cache widać, że nie były odpowiedzią ani na list L. Franka z Mediolanu, ani na wezwanie recenzenta dzieła la Fontaine'a. Wezwaniu temu nie mógł zadość uczynić Moneta, gdyż wcześniej przeniósł się do wieczności. Zmarł bowiem dn. 27. II. r. 1792. Smutną tę wiadomość podała redakcja MCZtg w dn. 16. VII. r. 1792.[43])

Po śmierci Monety ogłoszono sporo spostrzeżeń dyskwalifikujących ocet i masło jako środki zupełnie bezużyteczne i pozbawione wszelkiej wartości w pokąsaniach przez psa wściekłego. Dr Märklen fizyk miejski z Herrenbergu w Wirtembergii doniósł, że leczył 9-letniego chłopca, którego pokąsał pies wściekły w twarz. Choremu podawał codziennie 6 uncyj octu z masłem, jątrzył jego rany, by jak najwięcej wydzielały ropę, wcierał maść neapolitańską[44]) wokoło ust — wszystko na nic. Dziecko zmarło po miesiącu wśród typowych objawów wścieklizny.[45])

Stendal[46]) w swym dziełku w rozdziale 6, pt.: „Ostrzeżenie przed używaniem środka leczniczego Monety przeciw pokąsaniu przez psa wściekłego" podał, że z 2 dzieci pokąsanych równocześnie przez psa wściekłego, starsze zmarło w 9 dniu. Ojciec leczył je sposobem Monety. Młodsze, które otrzymywało maiki, kamforę, hiszpańskie muchy i maść neapolitańską, wyzdrowiało po 3 tygodniach.

W innym czasopiśmie[47]) wyrażono zdziwienie, jak sposób Monety mógł w Niemczech narobić tyle niezasłużonego rozgłosu. Z końcowych uwag wynikało, że albo Moneta przytoczył zmyślone zdarzenia, albo został oszukany.

Próby z tą metodą leczniczą wypadły niepomyślnie również i w Anglii. Robert White w drugim uzupełnionym wydaniu swego dziełka[48]) nie potwierdził skuteczności octu z masłem w przypadkach z pokąsaniem przez psa wściekłego. Według niego, na to, by można było wyleczyć wściekliznę u ludzi, nie przytoczono dotąd żadnego wiarygodnego i zupełnie pewnego dowodu.

Złe wyniki osiągnął dr Elwert w Szwajcarii[49]). Uczynił wyrzuty pod adresem redakcji MCZtg, że poparła swym autorytetem sposób Monety i zachęcała do wypróbowania go. Na swą obronę redakcja MCZtg przytoczyła fakt, że ani dr Elwert, ani wirtembergskie collegium medicum nie zaprzeczyli możliwości skuteczności tego sposobu leczniczego. Został on zresztą polecony przez król. pruskie obercollegium, a generalny chirurg Theden bardzo go chwalił. Tłumaczyli się w dalszym ciągu, że: 1) w Polsce wg de la Fontainea zdarza się pewien rodzaj wścieklizny u psów i wilków, którym ogon zwisa między nogami, toczą pianę z pyska, nie szczekają, kąsają nawet swych panów, uderzają łbami o ściany, 2) że rzeczywiście wszyscy pokąsani zostali wyleczeni przez Monetę, 3) że wścieklizna ta (w Polsce) różni się od wścieklizny spotykanej w Niemczech, ponieważ: a) polskie psy nie boją się wody, b) w tym okresie choroby piją ją wiele i 3) po ich pokąsaniach nigdy nie powstaje wścieklizna.

Jak metodę Monety przyjęła opinia publiczna polska? Poprzestanę na kilku przykładach, ponie-

[43]) MCZtg 1792, nr 57, s. 80.

[44]) Szarucha, maść rtęciowa szara.

[45]) MCZtg 1792, t. III, s. 15.

[46]) Meine Beyträge zur Arzneywissenschaft und Geburtshülfe. 1793. z. 1. Recenzja w MCZtg 1793, t. III, nr 59, s. 141—142.

[47]) Journal der Erfindungen, Theorien und Widersprüche. Cz. I. Rozdział drugi r. 1792. Rec. w MCZtg 1793. t. I, s. 101.

[48]) The Use and Abuse of Sea Water impartially considered and.. 1793 s. 180 w 8-ce. Recen. MCZtg 1794, t. 1, s. 12.

[49]) Museum der Heilkunde. Zurych l. 3. r. 1795. Rec. w MCZtg tom uzupełniający 2, 1790—1800, s. 85.

waż sprawa nie zasługuje na bardziej źródłowe opracowanie. Otóż wnosząc z ech zagranicznych i zabiegów Monety w dostarczaniu jak najwięcej dowodów na poparcie swej metody leczniczej, przypuścić można, że nie mniej czynna okazała się w Polsce wolnej i w jej ziemiach zabranych. Jedni bagatelizowali całą sprawę, inni ślepo wierzyli w skuteczność octu i masła w wściekliźnie. Do pierwszych należał np. Jan Emanuel G i l i b e r t, profesor szkoły lekarskiej w Grodnie, później Akademii Wileńskiej. W dziele pt. „Adversaria medico-practica prima, seu annotationes clinicae quibus praecipue naturae medicatricis iura vindicantur, artisque prisca simplicitas numerosis peculiaribus observationibus stabilitur" wydanym w r. 1791 był za wypaleniem ran zadanych przez psa wściekłego, wcierkami maści rtęciowej, podawaniem co kilka godzin eau de luce[50]). Przypadki z rozwiniętą wścieklizną uważał za beznadziejne. W swej praktyce miał wielu pokąsanych przez psa wściekłego, lecz choć było ich dziesiątki, żaden nie zapadł na tę chorobę. Przypisywał to siłom naturalnym ustroju, który szybko miałby wydalać jad. Fontanelle[51]) miały być: „utilissimum auxilium in omnibus morbis a ferosa solluvie".[52])

Stosowano tę metodę i w zaborze austriackim. Możliwe, że leczono nią pokąsanych przez psa wściekłego w Samborze[53]), aczkolwiek co do tego można było mieć zastrzeżenia, w notatce bowiem nie przytoczono wyraźnie, czym chorych leczono. „Lwów dn. 20. II. r. 1790. Urząd powiatowy w Samborze wykazał wiele zapobiegliwości w pewnym niebezpiecznym zdarzeniu pokąsania przez psa wściekłego. Kiedy pojawiły się oznaki wścieklizny polecił umieścić ich w szpitalu. Dr Hofstetter prowadził leczenie ściśle według sposobu podanego przed kilku laty w dziełku o leczeniu wścieklizny. Po 40-dniowym pobycie wszyscy odeszli zdrowi do domu. „Recenzent MCZtg był zdania, że pokąsanych leczono zapewne sposobem podanym w dziełku S t ö r k a, które rząd rozesłał do wszystkich prowincyj austriackich. Rzeczywistym autorem tego dziełka miał być dr Schosulan, dziekan stały wydz. lek. we Wiedniu i lekarz domowy kanclerza Kolowratha. O wartości tego sposobu leczniczego sprawozdawca miał duże wątpliwości na podstawie własnego doświadczenia i określił go nawet jako nie nadający się do bezwzględnego naśladowania. Nie dał też wiary temu, by w szpitalu samborskim udało się uleczyć rozwiniętą wściekliznę.

Że sposób Monety był znany pod zaborem austriackim, dowodzi tego dziełko profesora Uniwersytetu Lwowskiego Val. Joh. H i l d e b r a n d a[54]). Był on zdania, że w bardzo rzadkich wypadkach można wyleczyć rozwiniętą wściekliznę. Posługiwał się metodą Monety w niektórych pokąsaniach przez psa wściekłego z dodatnim wynikiem. Nie należy wątpić, że i inni lekarze galicyjscy poszli w ślad za nim. Znając ducha austriackiego urzędowania w epoce oświeconego absolutyzmu nie mogę się dziwić, że pokryto milczeniem sposób leczniczy tym bardziej, jeśli odbiegał od instrukcji urzędowej. Albowiem dziełko polecone przez rząd wiedeński nie można inaczej określić. Nawet późniejsze, wcale dokładnie podane instrukcje urzędowe, np. z roku 1795 u bardziej wyrobionych lekarzy musiały budzić nieufność.

Że wierzono radom Monety i że wsiąkły one na długo w szerokie masy ludności, to pewna. Nawet P e r z y n a w Lekarzu dla Włościan (1793) radził ocet z masłem: „Gdy tedy kto od psa, wilka, lisa, kota, lub iakowegokolwiek zwierzęcia, albo bydlęcia, a nawet od człowieka wściekłego ukąszonym będzie powinien zaraz mieysce zranione błotem lub wilgotną ziemią obłożyć, kilka razy to powtórzywszy, potym rozpuściwszy soli w wodzie, tą wodą należycie wymyć, potym wziąwszy octu iakowegokolwiek, byle dobrze kwaśnego, zagrzawszy, rozpuść w nim trochę masła, tym ranę często przemyway i szmatami w nim maczanemi obwiiay. O tenże sam czas ciepłego octu z trochą masła w osobnym garnuszku raz z rana, drugi raz o godzinie dziesiątey, trzeci raz o czwartey godzinie, a czwarty raz maiąc iść spać, po półkwaterku wypiiać, przez dwa tygodnie to chowaiąc, a w niedostatku octu tak do picia iako i do okładania, można kwasu kapuścianego użyć, kompać się przez dwie Niedziele latem w rzece lub w stawie, zimą w izbie, strzedz się wszelkich trunkow, smutku i gniewu, cały czas tey kuracyi żyć kaszą i innemi lekiemi rzeczami. — Chociażby iuż iakowy czas minął po ukąszeniu, przecież to lekarstwo pomaga, i gdyby się rana sama otworzyć miała, potrzeba ią płókać i okładać tak, iak się wyżey mówiło. Gdyby iuż chory tak daleko w to nieszczęście zabrnął, żeby ani wody połknąć nie mogł, albo się iey też iuż lękał, nie zważaiąc na to, wrzucić go w wodę, którey gdy się trochę chłyśnie, wyiąć go z niey, i dawać mu pomienionego octu z masłem, nie zrażać się tym, chociażby nim pluł na ludzi, atoli nie zbyt obfito lać mu go w gębę, i nie zbyt tęgiego, by się nie zalał, lub nie zadusił, nos mu ściskać należy, a gdy mu lać będziesz w gębę, a puszczać mu go wtedy, gdy będzie miał połykać. Krwi puszczanie, pryszczow stawianie, rany odnawianie, lub żelazem wypalanie, są to morderstwa, żadnego skutku nie przynoszące, owszem krwi upuszczenie bardziey pacyenta osłabia."[55])

W późniejszych dziełach, np. w wielotomowej chirurgii J. R u s t a[56]) są wzmianki o sposobie leczniczym Monety. Przytaczano go obok skrzętnie zestawionych innych leków, jako środek niepewny i zarzucony.

[50]) Lek pobudzający, którego głównym składnikiem jest węglan amonowy.

[51]) Kauteryzacja.

[52] Tu w znaczeniu hałastry sc. poronionych pomysłów.

[53] MCZtg r. 1790 nr 28, s. 46.

[54]) Ein Wink zur nähern und sichern Heilart der Hundswuth. Wiedeń 1797, s. 96. Rec. MCZtg 1798, t. 2, s. 433—444.

[55]) Rozdział XV s. 155—160.

[56]) Theoretisch-practisches Handbuch der Chirurgie. t. 9, r. 1833.

Na zakończenie należało by sprostować mniemanie Monety, jakoby autorstwo w stosowaniu octu w pokąsaniach przez psa wściekłego należało się jego nauczycielowi z Królewca Gottfriedowi Thiesenowi. Już Boerhaave zalecał go zapobiegawczo, później Erpenbeck i Leonissa[57]). Stosowano go i w Anglii (John Ferriar z Manchesteru ze skutkiem ujemnym[58]) obok piżma, chininy, opium), we Włoszech Gherardini[59]) (zalecał kubek przykrywać czarnym płótnem, gdyż wówczas chorzy chętniej piją z niego), we Francji Rougemont J. C. z Bonn[60]) (ocet nastawiał na rucie, ożance czosnkowej i bożym drzewku) itd. Ocet zalecała do przemywania ran i austriacka instrukcja z roku 1795.[61])

Również i zasypywanie świeżej rany piaskiem, czy ziemią należało do szablonu ówczesnej medycyny. Na dowód przytaczam niektóre punkty tej instrukcji. Pokąsany winien był: 1) natychmiast przemyć ranę, 2) zastosować takie środki, które wraz z wydzieliną wydalałyby na zewnątrz jad. W tym celu należało: 3) drażnić ranę, by wzmóc dopływ soków do niej. Skutkiem tego a) jad ulegał rozcieńczeniu i b) przenikanie jego ulegało zmniejszeniu, względnie zahamowaniu. 4) Zniszczyć jad środkiem żrącym. 5) Najpewniejszym środkiem do pozbycia się jadu było: wycięcie lub wypalenie rany.

Do przemycia rany miały służyć: słona woda z octem, mydliny, roztwór ługu. Następnie ranę należało długo trzeć, nałożyć na nią roztartą cebulę lub czosnek z domieszką pieprzu, soli, mydła zmieszanego z miodem. Pokąsany na polu w braku wody miał ranę przemyć moczem (własnym), potem zasypać ją miałkim kurzem, ziemią lub sproszkowanym tytoniem zmieszanym z moczem i trzeć ranę tak długo, dopóki rana nie zacznie broczyć. Części ciała poślinione przez psa wściekłego należało starannie wymyć ługiem, mydlinami lub octem itd.

Dr Tadeusz KONIAR — Kraków
adiunkt Oddziału.

Oddział chorób skórnych i wenerycznych Państwowego Szpitala św. Łazarza za czas od wybuchu wojny w r. 1939 do objęcia oddziału przez Ordynatora po powrocie z zagranicy (1. XI. 1947).

(Ordynator Oddziału: Doc. Dr Henryk Reiss).

W oddziele chorób skórnych i wenerycznych (Va) przed wrześniem 1939 był Ordynatorem Doc. Dr Henryk Reiss. Oprócz niego pracowali jako adiunkt Dr Tadeusz Koniar i jako asystenci: Dr Henryk Kumor i lek. Adam Żychowicz. Oprócz tego byli zatrudnieni lekarze jako bezpłatni hospitanci: Dr Dawid Rubinstein, Dr Leon Hirsch, Dr Adela Silberringowa, Dr Berta Silberbergowa, Dr Maria Grünberg i Dr Janina Romanowa. Jako bezpłatni lekarze praktykanci pracowali: Dr Anna Herzhaftowa (obecnie Anna Helwinowa), Dr Edmund Engelstein (obecnie Dr Stanisław Zalewski) i Dr Henryk Stecki.

Pamiętnego września 1939, gdy Niemcy zbliżali się do Krakowa część lekarzy opuściła Klinikę i Szpital i znalazła się poza Krakowem względnie poza granicami Polski. Między lekarzami, którzy opuścili Kraków byli też Dyrektor Szpitala Dr Stanisław Radwan i Ordynator Oddziału chorób skórnych i wenerycznych Doc. Dr Henryk Reiss, który został powołany do wojska.

Oddział Va opuścili wtedy następujący lekarze: Dr Dawid Rubinstein, Dr Adela Silberringowa, Dr Berta Silberbergowa, Dr Maria Grünberg, Dr Anna Helwinowa i Dr Henryk Stecki.

Kiedy kampania niemiecka miała się w Polsce ku końcowi, część lekarzy powróciła do Szpitala, a kierownictwo Szpitala objął tymczasowo Prof. dr Józef Kostrzewski. Ponieważ na Oddziele chorób skórnych i wenerycznych Ordynator Doc. Henryk Reiss był nieobecny p. o. Dyrektor Prof. Dr Kostrzewski polecił Prof. Dr Franciszkowi Walterowi — dyrektorowi Kliniki Dermatologicznej U. J. objęcie kierownictwa nad Oddziałem chorób skórnych i wenerycznych Szpitala, na skutek czego ten Oddział zlał się w jedną całość z Kliniką Dermatologiczną U. J.

Na połączonej Klinice Dermatologicznej U. J. z Oddziałem Va pracowali obecnie lekarze kliniki i oddziału. Na klinice pozostali względnie po opuszczeniu Krakowa wnet powrócili i pracowali asystenci: Doc. Dr Mieczysław Obtułowicz, Dr Jerzy Lebioda, Dr Kazimierz Boczar i Dr Zbigniew Oszast. Z bezpłatnych lekarzy na klinice wówczas została lekarz-praktykant Stanisława Wróblewska. Doc. Dr Mieczysław Obtułowicz 25. VIII. 1939 był powołanym do wojska, brał udział w kampanii wojennej w roku 1939, w czasie której został ranny, a po zagojeniu się ran w dniu 1. I. 1940 r. wrócił do pracy. Dr Kazimierz Boczar był zmobilizowany 23. VIII. 1939 i powrócił z wojny do pracy w dniu 5. XI. 1939. Dr Jerzy Lebioda zgłosił się do pracy 1. X. 1939 i pracował jedynie do 16. I. 1940 r. tj. do chwili aresztowania go przez Niemców. Dr Zbigniew Oszast po opuszczeniu Krakowa powrócił ze Lwowa do pracy dnia 7. XI. 1939. Na Oddziele Va z przedwojennych lekarzy pozostali w tym czasie Dr Tadeusz Koniar, Dr Henryk Kumor, lek. Adam Żychowicz, Dr Janina Romanowa i Dr Edmund Engelstein. Dr Tadeusz Koniar opuścił Szpital w dniu 3. IX. 1939 r. a powrócił w dniu 16. IX. 1939, Dr Henryk Kumor opuścił Szpital dnia 3. IX. 1939 r. a powrócił ze Lwowa na Oddział dnia 6. XI. 1939, a Dr Edmund Engelstein był z końcem sierpnia 1939 r. zmobilizowany i powrócił na Oddział z końcem września 1939 r. Dr Janina Romanowa pracowała do 1. X. 1940 r., w któ-

---

[57]) Tamże t. 9, s. 300.
[58]) Tłum. na język niem. Rec. w MCZtg 1793, t. 3, s. 167—168.
[59]) Giornali per servire etc.: t. V cyt. wg Kühna C. G. i Weigla C.: Ital. med. chir. Biblithek oder... 1793
[60]) Ożanka czosnkowa = herba scordii, boże drzewko = artemisia abrotanum. Zob. J. C. Rougemont's Abhandlung von der Hundswuth. Tłum. z franc. 1792. Rec. w MCZtg 1799 t. I. s. 295.
[61]) Przytoczona w całej rozciągłości w MCZtg 1795, t. I, s. 289—303.

rym to dniu zrezygnowała z pracy. We wrześniu 1939 r. zgłosili się też lekarze z miasta do pracy na Oddziele: Dr Franciszek Marcyaniak, który pracował od 29. IX. 1939 do końca października 1939, Dr Aleksander Szewczyk, który pracował od 7. IX. 1939 do listopada 1940, Dr Piotr Pruski z Chorzowa, który był zatrudniony od 1. V. 1940 do 31. IX. 1941 i Prof. Dr Bożydar Szabuniewicz, który pracował od listopada 1939 do połowy roku 1940.

Z końcem września 1939 część pomieszczeń na II p. Oddziału Va została zajęta przez chorych wenerycznie niemieckich żołnierzy. Kierownikiem tego Oddziału niemieckiego był lekarz niemiecki Freund. Żołnierze niemieccy przebywali na Oddziele przez około 3 miesiące.

W dniu 1. XI. 1939 władze okupacyjne cywilne objęły Szpital św. Łazarza w zarząd. Pierwszym zarządzeniem władz okupacyjnych lekarze Żydzi zostali zwolnieni z pracy w Szpitalu św. Łazarza. Na skutek tego zarządzenia Oddział Va musiał opuścić Dr Leon Hirsch, który powrócił był na Oddział po ukończeniu działań wojennych i Dr Edmund Engelstein. Ówczesne też władze niemieckie wydały zakaz prowadzenia wszelkich prac naukowych.

W dniu 6. XI. 1939 został aresztowany Prof. Dr Franciszek Walter, kierownik połączonej Kliniki Dermatologicznej U. J. z Oddziałem Va. Władze niemieckie na jego miejsce zamianowały kierownikiem w dniu 1. XII. 1939 najstarszego z obecnych w tym czasie lekarzy Dr Zbigniewa Oszasta. Wtedy władze niemieckie mianowały asystentami Dr Henryka Kumora i Dr Jerzego Lebiodę, inni pozostali jako bezpłatni.

W miesiącu wrześniu, październiku i listopadzie 1939 chorymi przebywającymi na połączonych oddziałach byli przeważnie ranni żołnierze i oficerowie Wojska Polskiego jako jeńcy niemieccy. Opieka nasza jako lekarzy dermatologów polegała ówcześnie przede wszystkim na ustawicznym komunikowaniu się z lekarzami Oddziału chirurgicznego. Następnie zwracaliśmy dokładną uwagę na opisy w historii choroby ran postrzałowych i innych zranień, liczyliśmy się bowiem z tym, że ci ludzie kiedyś będą dochodzili praw inwalidztwa. To okazało się później słuszne, albowiem często w latach 1945, 1946 i 1947 przychodziły na Oddział żądania zapodania opisu zranień u chorych, którzy w tym okresie przebywali na Oddziele. Prof. Dr Franciszek Walter w tym czasie opracował skrócony parogodzinny sposób leczenia świerzbu, który został wprowadzony w życie. Później Dr Zbigniew Oszast jako kierownik połączonej Kliniki z Oddziałem na polecenie władz niemieckich rozbudował na terenie szpitalnym ten sposób skróconego leczenia, który utrzymał się do dziś dnia. Urządzono kilka ubikacji, dzieląc je na część czystą i brudną. W części brudnej chory zaświerzbiony rozbierał się i bieliznę oddawał do dezynfekcji. W części czystej po przejściu leczenia przeciwświerzbowego ubierał się w czystą odzież i opuszczał łaźnię szpitalną. Władzom niemieckim odpowiadał ten sposób dlatego, ponieważ chodziło o odświerzbianie wielkiej liczby ludzi w krótkim czasie wysyłanych na roboty do Niemiec.

Dnia 13. XII. 1939 przybył na Oddział wysiedlony w Poznania lek. Marian Krzyżanowski, a w dniu 10. I. 1940 drugi lekarz wysiedlony z Poznania Marian Piechocki. Lek. Marian Krzyżanowski otrzymał asystenturę nadaną mu przez władze niemieckie po aresztowanym Dr Jerzym Lebiodzie, a lekarz Marian Piechocki został mianowany przez władze niemieckie lekarzem asystentem i lekarzem domowym Oddziału Va, a na mieszkanie przydzielono mu pokój ordynatora. Oprócz tego w dniu 1. VII. 1940 r. przybył ze Lwowa na Oddział Dr Włodzimierz Onuferko narodowości ukraińskiej, który otrzymał również asystenturę. Dr Włodzimierz Onuferko w dniu 15. maja 1924 r. odjechał służbowo z Oddziału do Lwowa.

Obok tych płatnych asystentów pozostali na Oddziele z przedwojennych lekarzy, lecz już jako bezpłatni, Dr Tadeusz Koniar i lek. Adam Żychowicz. W sierpniu w roku 1940 przybył na Oddział jako bezpłatny lekarz Zbigniew Capiński. We wrześniu 1940 przybyła na Oddział jako bezpłatny lekarz — lek. Krystyna Capińska. Przybyli również w czasie okupacji na Oddział nowi lekarze bezpłatni a mianowicie: w dniu 1. X. 1941 lek. Jerzy Gina, w dniu 1. II. 1941 lek. Helena Kowarz i w dniu 15. VI. 1943 lekarz Adam Rosławski. Ze studentów medycyny przybyli jako bezpłatni elewi szpitalni: w dniu 1. VIII. 1940 r. Mieczysław Riesser, nieco później stud. med. Rudolf Koczur, który pracował aż do jesieni 1945 r. i Helena Nowińska, która pracowała na Oddziele od jesieni 1940 r. do 30. XI. 1942 r.

Po pewnym czasie lekarz Marian Piechocki zrezygnował ze stanowiska lekarza domowego i wyprowadził się na miasto, a zatrzymał jedynie asystenturę. Na jego miejsce lekarzem domowym został mianowany lek. Jan Wieja, który przybył na Oddział w październiku 1940 r. i do lata 1941 pracował jako bezpłatny praktykant, a od tego czasu jako lekarz domowy Oddziału Va.

Dnia 20 kwietnia 1944 r. opuściła połączony Oddział Va z Kliniką Dermatologiczną lek. Stanisława Wróblewska i objęła godziny specjalisty dermatologa dla kobiet w Ubezpieczalni Społecznej w Krakowie.

W maju 1944 r. przybył na Oddział jako bezpłatny lekarz asystent Kliniki Dermatologicznej z Wilna Dr Kazimierz Lejman.

Po upadku powstania warszawskiego z początkiem jesieni 1944 r. przybyła z Warszawy na Oddział lekarka dermatolog Dr Stefania Rygiel-Cękalska która została zamianowana przez władze niemieckie asystentem Oddziału. Naturalnie ówcześnie, kiedy Klinika Dermatologiczna U. J. i Oddział Va zostały połączone w jedną całość wyżej wymienieni lekarze, których przydziały do poszczególnych działów co kilka miesięcy się zmieniały nie pracowali zawsze dokładnie na salach należących tylko do Oddziału Va, lecz też i na salach Kliniki Dermatologicznej U. J.

względnie Oddziału promienioleczniczego (Vb), który przed wojną był, jak i obecnie jest pod kierownictwem Dyrektora Kliniki Dermatologicznej U. J.

Z ważnych wydarzeń na Oddziele była likwidacja pracowni histologicznej, albowiem do pokoju, gdzie przed wojną znajdowała się pracownia histologiczna oddziału została przeniesiona biblioteka Kliniki Dermatologicznej U. J. Do części pomieszczeń w Klinice Dermatologicznej przeniesiono oddział urologiczny dla polskiej ludności, a właściwy oddział urologiczny został przeznaczony tylko do leczenia ludności niemieckiej. Ordynatorem tego oddziału ustanowiono lekarza niemieckiego.

Z początkiem roku 1940 została zlikwidowana przez władze niemieckie filia Oddziału Va w budynku aresztów miejskich przy ulicy Skawińskiej 13, dla prostytutek.

W czasie okupacji pokoje na parterze Oddziału Va, które były przed wojną pomieszczeniami ambulatoryjnymi Oddziału Va, władze okupacyjne niemieckie przeznaczyły dla oddziału rentgenologicznego dla umieszczenia tam nowego aparatu Roentgena do naświetlań terapeutycznych. Ówcześnie zatem ambulatorium Kliniki Dermatologicznej U. J. i Oddziału Va było w pomieszczeniach Kliniki Dermatologicznej U. J.

W okresie okupacji w wielkim odsetku chorych ambulatoryjnych i leżących stanowili Polacy przesyłani na nasz Oddział przez władze niemieckie, przeznaczeni na wyjazd do Niemiec celem zbadania ich w kierunku chorób skórnych i wenerycznych.

W czasie okupacji z wiosną 1942 przybył na Oddział przez władze niemieckie mianowany ordynator Dr Gerhardt Liebmann, który urzędował jako ordynator w pokoju przedwojennym ordynatora Oddziału Va, a pokój, w którym przed wojną była pracownia histologiczna, a w czasie okupacji znalazła pomieszczenie biblioteka Kliniki Dermatologicznej U. J. z polecenia ordynatora niemieckiego został zamieniony na pokój, w którym zainstalowano telefon i w którym urzędowała jego sekretarka. Separatki I piętra przeznaczył jedynie do leczenia Niemców. Dr Gerhardt Liebmann był na stanowisku ordynatora od jesieni 1942 przez okres kilku tygodni.

Z początkiem drugiej połowy stycznia 1945 po oswobodzeniu Krakowa zostałem wezwany do Dyrekcji Szpitala przez ówczesnego P. o. Dyrektora Prof. Dr Józefa Kostrzewskiego, który mi polecił zorganizować i prowadzić Oddział Va, albowiem, jak się później okazało, przedwojenny Ordynator Doc. Dr Henryk Reiss przebywał ówcześnie w Edynburgu w Szkocji, gdzie prowadził katedrę dermatologii na polskim wydziale lekarskim. Dostałem wówczas polecenie z Dyrekcji Szpitala przywrócenia stanu, jeśli chodzi o pomieszczenia oddziałowe takiego, w jakim znajdował się Oddział w roku 1939 przed wojną.

Pierwszą sprawą, to była sprawa nominacji asystentów na Oddziele Va.

Z lekarzy, którzy pracowali w czasie okupacji opuścili szpital: Dr Marian Piechocki dnia 15. IV. 1945 i wyjechał do Poznania, lek. Marian Krzyżanowski dnia 22. II. 1945, który przeniósł się do Gdyni i w tym okresie też wyjechała do Bytomia Dr Stefania Rygier-Cękalska.

Do wojska powołano dwóch lekarzy, a mianowicie dnia 3 września 1945 lek. Jerzego Ginę i dnia 22 maja 1945 lek. Adama Rosławskiego.

Płatnymi lekarzami na Oddziele Va zostali zamianowani: 1) Dr Tadeusz Koniar, adiunktem, 2) Dr Henryk Kumor, asystentem, 2) lek. Adam Żychowicz, asystentem, 4) lek. Helena Kowarz, asystentem, 5) lek. Krystyna Capińska, asystentem, 6) lek. Zbigniew Capiński, asystentem i 7) lek. Jan Wieja, asystentem i lekarzem domowym.

Wtedy przybyli na Oddział i pracowali bezpłatnie lekarze z miasta: Dr Janina Romanowa od 17 stycznia 1945 r. do 1. VIII. 1945 i Dr Piotr Pruski od 1. III. 1945 do 31. VIII. 1945 r.

W tym też czasie wstąpił do pracy na Oddziele Va Prof. Dr Stanisław Laskownicki, były ordynator oddziału urologicznego Szpitala Powszechnego ze Lwowa i pracował w charakterze konsulenta urologicznego oddziału. Czynności swoje sprawował od 15 lutego 1945 do 15 października 1945 r. Prof. Dr Stanisław Laskownicki w czasie swojego pobytu na Oddziele urządził kurs cewnikowania cewki przedniej i tylnej z ćwiczeniami praktycznymi dla lekarzy Oddziału Va i Kliniki Dermatologicznej U. J. Wykłady teoretyczne tego kursu trwały tydzień, a ćwiczenia praktyczne w grupach przez 3 tygodnie.

W maju 1945 odszedł z Oddziału Va Dr Kazimierz Lejman na stanowisko asystenta Kliniki Dermatologicznej U. J., a w grudniu 1945 lek. Zbigniew Capiński na stanowisko asystenta Kliniki Dermatologicznej U. J.

Następną sprawą, to była sprawa uruchomienia ambulatorium Oddziału Va. Okazało się bowiem, że podczas okupacji z powodu przejęcia przez Oddział rentgenologiczny pomieszczeń przedwojennego ambulatorium Oddziału Va — Oddział obecnie nie miał pomieszczenia na ambulatorium. W czasie okupacji ambulatorium Kliniki Dermatologicznej U. J. i ambulatorium Oddziału chorób skórnych i wenerycznych Państwowego Szpitala św. Łazarza znajdowały się w pomieszczeniach Kliniki Dermatologicznej U. J. Zatem z polecenia Dyrekcji Szpitala przejąłem od oddziału rentgenologicznego pokoje ambulatoryjne Oddziału Va, które zostały przerobione dla celów ambulatoryjnych, były one bowiem podczas okupacji dostosowane dla celów oddziału rentgenologicznego. Po kilkutygodniowych robotach zostało ambulatorium uruchomione.

Następnie ważnym wydarzeniem w historii oddziału Va był fakt przyznania Prof. Dr Franciszkowi Walterowi jako Dyrektorowi Kliniki Dermatologicznej U. J. trzech sal dla chorych skórnych mężczyzn na II piętrze oddziału Va przez Radę Ordynatorów Państwowego Szpitala św. Łazarza. Jako argument, który skłonił członków Rady Ordynatorów do podjęcia tej uchwały podał Prof. Dr Franciszek Walter fakt, że obecnie ma

do nauczania o wiele więcej studentów niż przed wojną, następnie, że obecnie zmienił się sposób nauczania studentów.

Przed wojną z r. 1939 było nastawienie wyszkolenia medyka więcej teoretyczne, dzisiaj chodzi o to, aby jak najwcześniej i jak najwięcej podać studentowi praktycznych wiadomości — jest bowiem wielkie zapotrzebowanie na lekarzy na prowincję i lekarz dzisiaj nie ma czasu, aby mógł siedzieć po dyplomie latami na oddziałach szpitalnych względnie klinikach.

Prof. Dr Franciszek Walter zaznaczył, że nie jest w stanie temu zadaniu podołać przy tej ilości łóżek, które posiada na klinice.

Rada Ordynatorów po wysłuchaniu wywodów Prof. Dr Franciszka Waltera uchwaliła ad personam Prof. Waltera przyznanie Klinice Dermatologicznej U. J. powyżej wymienionych sal chorych Oddziału Va.

W dniu 16 marca 1945 r. Rada Ordynatorów Państwowego Szpitala św. Łazarza wybrała komisję w składzie:

Doc. Dr Janina Kowalczykowa (obecnie: Prof. U. J.), Ordynator Dr Kazimierz Gołąb i Inż. Kazimierz Lasko — (ówczesny kierownik biura technicznego Szpitala), która to komisja po zbadaniu sprawy na miejscu miała zadecydować, czy obecnie świeżo uruchomione ambulatorium Oddziału Va ma pozostać w tym miejscu, czy ma się przenieść do pomieszczeń na parterze dawnego budynku Kliniki Laryngologicznej U. J., w międzyczasie bowiem został wykończony nowy budynek Kliniki Laryngologicznej U. J., do którego przeniosła się Klinika Laryngologiczna ze starego pomieszczenia. Wybrana komisja po zbadaniu sprawy na miejscu zadecydowała, że korzystniejszym jest dla Szpitala, aby pokoje ambulatorium Oddziału Va przydzielić oddziałowi rentgenologicznemu na pomieszczenie nowego aparatu rentgenologicznego do naświetlań terapeutycznych, a ambulatorium Oddziału Va przenieść do pomieszczeń na parterze dawnego starego budynku Kliniki Laryngologicznej. Ambulatorium Oddziału Va zostało przeniesione do budynku dawnej Kliniki Laryngologicznej we wrześniu 1945 r.

W marcu 1945 r. w okresie, kiedy do Krakowa i przez Kraków przewalały się wielkie ilości repatriantów z Niemiec obarczonych chorobami takimi, jak świerzb, zapalenie ropne skóry i chorobami wenerycznymi Oddział Va nie mógł pomieścić tak wielkiej ilości chorych. Wobec czego w porozumieniu się z p. o. Dyrektorem Szpitala Prof. Józefem Kostrzewskim w dniu 19 marca 1945 r. uruchomiłem filię Oddziału Va w baraku na podwórzu Kliniki Neurologiczno-Psychiatrycznej U. J. Filię tę obsługiwał 1 lekarz-asystent Helena Kowarz i 1 pielęgniarka Irena Czopkówna. Uruchomienie tej filii było połączone początkowo z ogromnymi trudnościami z powodu braku bielizny i pościeli. Filia ta funkcjonowała do 25 października 1945, to jest do czasu, kiedy okazało się, że ruch chorych repatriantów się zmniejszył.

W kwietniu w r. 1947 powróciła z zagranicy (Rumunia) na oddział lekarka, która pracowała przed wojną. Dr Anna Helwinowa.

Przez pewien czas pracowała bezpłatnie, a kiedy opróżniła się asystentura po lek. Janie Wieji, który został powołany do wojska, została mianowaną asystentem od 1 sierpnia 1947 r.

Kiedy dotarły do mnie wiadomości z piśmiennictwa anglo-amerykańskiego o nowym epokowym odkryciu, tj. o wprowadzeniu penicyliny do lecznictwa w chorobach skórnych i wenerycznych sprawiłem w dniu 6 maja 1946 r. dla Oddziału Va z funduszów ambulatoryjnych lodówkę do konserwacji penicyliny.

Z pism zawodowych polskich zaprenumerowałem dla Oddziału Polski Tygodnik Lekarski z Warszawy i Nowiny Lekarskie z Poznania. Z pism zagranicznych zaprenumerowałem British Journal of Dermatology and Syphilis.

Przedwojenny Ordynator Oddziału Doc. Dr Henryk Reiss po powrocie z Edynburga w dniu 1. XI. 1947 r. objął kierownictwo Oddziału.

Uwaga: w wyżej podanej historii oddziału Va, pisząc o lekarzach takich, jak Dr Zbigniew Oszast, lek. Helena Kowarz, lek. Zbigniew Capiński, lek. Marian Piechocki używam ich tytułów naukowych, jakie ówcześnie posiadali. Lekarze ci zaraz w początkach uzyskania niepodległości naszej Ojczyzny uzyskali nowe tytuły naukowe i tak Dr Zbigniew Oszast habilitował się na docenta U. J. dnia 26. IV. 1945 r., a lekarze Helena Kowarz, Zbigniew Capiński i Marian Piechocki uzyskali na Uniwersytecie Jagiellońskim stopnie naukowe doktorów medycyny.

SUMMARY

The Skin & V. D. Dept. of the St. Lazarus Hospital in Cracov in war time and after

by T. Koniar, M. D.

The author describes the history of the above mentioned Department in which he is working since long before the last war.

He tells the reader about the time from the beginning of the last war (1939) till 1 st November 1947, that means till the return of the Chief Doctor from abroad. The main subject of the article are questions concerning the medical personel and major changes in the inventary.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

RÓŻNE:

Ukazało się nowe czasopismo pt. „*Wiadomości Lekarskie.* Jest to dwumiesięcznik, organ Z. U. S., stworzony — jak podano od Redakcji — dla lekarza pracującego w ubezpieczalniach społecznych. Numer 1, o objętości 117 stron zawiera liczne artykuły, których spis podaliśmy w Przeglądzie piśmiennictwa, a nadto streszczenia z piśmiennictwa zagranicznego, wiadomości z ubezpieczalni społecznych, notatki o zjazdach, nowych wydawnictwach itd. Dobór artykułów i streszczeń odpowiedni i celowy. Całość robi wrażenie, że wydawnictwo to jest pożyteczne dla wielkiego odłamu lekarzy ubezpieczalni społecznych.

K o n k u r s   p o w t ó r n y
na zastępcę Lekarza Naczelnego i lekarzy rejonowych.

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W GDYNI

zaangażuje od z a r a z:

Lekarza-zastępcę Lekarza Naczelnego Ubezpieczalni Społecznej o pełnych kwalifikacjach administracyjno-lekarskich.

4 lekarzy rejonowych z wynagrodzeniem wg 5 godzin obliczeniowych dla miasta Gdyni i najbliższej okolicy.

Lekarza-specjalistę ginekologa dla m. Lęborka z wynagrodzeniem wg 5 godzin obliczeniowych.

Lekarza-rejonowego dla miasta Pucka z wynagrodzeniem wg 5 godzin obliczeniowych.

Lekarza zakładowego dla Państwowego Zakładu Szkolnego dla Inwalidów Wojennych w Lęborku z wynagrodzeniem wg 5 godzin obliczeniowych.

Podania wraz z życiorysem i odpisem dokumentów nadsyłać należy do Wydziału Lecznictwa Ubezpieczalni Społecznej w Gdyni, ul. 10-Lutego nr 24 do dnia 1. grudnia 1948 r.

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA
w Gdyni.

Jaworznicko-Mikołowskie Zjednoczenie Przemysłu Węglowego w Mysłowicach

ogłasza

K O N K U R S

1. Na stanowisko młodszego asystenta na oddziele chirurgicznym Szpitala Górniczego w Jaworznie, pow. Chrzanów.

Do podania należy dołączyć:

a) zaświadczenie obywatelstwa polskiego,
b) dyplom lekarski,
c) prawo wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskim,
d) życiorys własnoręcznie napisany.

Wynagrodzenie wg nowej tabeli płac Okólnika Ministerstwa Zdrowia nr 32/47.

2. na stanowisko lekarza zakładowego (kopalnianego) przy kopalni „Piast" i „Ziemowit" w Lędzinach, pow. Pszczyna.

Do podania należy dołączyć dowody, jak pod 1,

Czas zatrudnienia lekarza zakładowego — cztery godziny dziennie.

Uboczne zajęcie w Ubezp. Społ. i w Poradni dla Matki i Dziecka dozwolone.

Wynagrodzenie zależne od stanu załogi kopalń (kopalnia „Ziemowit" znajduje się w rozbudowie). Obecne wynagrodzenie 8.600 zł miesięcznie i świadczenia górnicze. Mieszkanie (3-pokojowe z kuchnią) zapewnione.

Podania wraz z załącznikami należy kierować do Wydziału Socjalnego Jaworznicko-Mikołowskiego Zjednoczenia Przemysłu Węglowego w Mysłowicach, ul. Powstańców 19.

K O N K U R S

WYDZIAŁ POWIATOWY W PASŁĘKU

ogłasza konkurs na obsadzenie stanowiska kierownika Powiatowego Ośrodka Zdrowia w Pasłęku.

Wymagane kwalifikacje:

a) dyplom lekarski,
b) prawo wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskim,
c) dowód obywatelstwa polskiego,
d) znajomość administracji Ośrodka Zdrowia,
e) nieskazitelna przeszłość.

Do powyższego stanowiska przewidziane jest uposażenie wg tabeli płac Ministerstwa Zdrowia okólnik Nr 32/47.

Mieszkanie zapewnione.

Podania wraz z wymaganymi dowodami należy przesłać pod adresem Wydziału Powiatowego w Pasłęku do dnia 25 października 1948 r.

WYDZIAŁ POWIATOWY W KOLBUSZOWEJ
Nr S. I. 5—15/48.

K O N K U R S

Wydział Powiatowy w Kolbuszowej, Województwo Rzeszowskie ogłasza konkurs na stanowisko Dyrektora i Ordynatora Oddziału Chirurgicznego Szpitala Powiatowego w Kolbuszowej:

Warunki:

1) Własnoręcznie napisany życiorys
2) Nieprzekroczony wiek 45 lat
3) Odpis świadectwa obywatelstwa
4) Odpis dyplomu i uprawnienia do wykonywania praktyki lekarskiej
5) Odpis świadectwa dotychczasowej pracy zawodowej
6) Minimum 3-letnia praktyka chirurgiczna na klinice uniwersyteckiej lub 5-letnia praktyka szpitalna w chirurgii oraz pożądana znajomość rentgenologii
7) Znajomość administracji szpitalnej.

Wynagrodzenie wg Okólnika Min. Zdrowia Nr 32/47. z dnia 5. VIII. 1947 wraz z wszystkimi dodatkami. Wolna praktyka i mieszkanie zapewnione.

Podania wraz z załącznikami należy przesyłać do Wydziału Powiatowego w Kolbuszowej w terminie do dnia 15 listopada 1948 r.

Przewodniczący Wydziału Powiatowego
Starosta Powiatowy
(—) Kubicki Henryk.

U B E Z P I E C Z A L N I A   S P O Ł E C Z N A
W CHRZANOWIE
POSZUKUJE OD ZARAZ

2-ch lekarzy domowych (pełnozatrudnionych) z siedzibą w Krzeszowicach i Szczakowej. Warunki do uzgodnienia. Podania kierować do Ubezpieczalni Społecznej w Chrzanowie.

Drukarnia Nr 8 Spółdzielni Wydawniczej „Wiedza" Kraków, Orzeszkowej 7. Nr. zam.: 411 — 2,500 — 14. IX. 48. — M — 49101